



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**A reabilitação respiratória da pessoa em contexto de
cirurgia abdominal:**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação**

Liliana Fernandes Dias

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**A reabilitação respiratória da pessoa em contexto de
cirurgia abdominal:**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação**

Liliana Fernandes Dias

Orientação: Professor Doutor Miguel Serra

2015



“A finalidade da reabilitação inscreve-se na complexidade do ser humano e no que há de aleatório na vida de todas as pessoas. Esta finalidade só pode ser atingida através de um projeto de cuidados realista e de conjunto. Pressupõe que mudemos frequentemente o nosso modo de olhar as coisas a fim de melhorá-lo e ajustá-lo às situações. Este olhar, que ultrapassa aquilo que os olhos podem ver, demonstra o interesse real pela pessoa do outro”.

(Hesbeen, 2003)

AGRADECIMENTOS

Às pessoas e famílias que fizeram parte deste meu percurso formativo, que me permitiram cuidar deles para aprender e ser melhor profissional, todos os dias mais um pouco.

À Ana Luísa, a primeira Enfermeira Especialista que conheci na prática, e que um dia me inspirou para a Reabilitação.

Ao Professor Miguel Serra, que me consciencializou sobre o significado de procrastinar, e que com a sua orientação me ajudou a não o fazer demasiadamente.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, Maria da Luz Rodrigues e Joaquina Ribeiro, pela tutoria e pelo exemplo profissional.

Ao meu grupo de trabalho do 5º Curso de Mestrado, Cátia, Carla, Mónica, Raquel e Valéria, pelo espírito de solidariedade, pela partilha das dificuldades, e sem as quais tudo teria sido mais difícil.

À Margarida e à Isabel, por estarem no mesmo barco e entenderem as tempestades.

Aos meus pais, que tantas vezes prescindiram da minha presença e compreenderam.

Ao Leonel, por não me permitir desistir nunca.

A Todos Agradeço,

Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS /SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CATR – Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MMSE – Mini Mental State Examination

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

As cirurgias abdominais são as terceiras mais associadas a complicações respiratórias, com um impacto negativo significativo nos índices de mortalidade e morbidade, assim como nos tempos de internamento e nos custos associados aos cuidados de saúde.

A reabilitação respiratória apresenta benefícios comprovados cientificamente na prevenção e tratamento das complicações respiratórias associadas a cirurgias, nomeadamente abdominais.

O EEER desenvolve competências específicas que lhe permitem intervir na pessoa em contexto de cirurgia, nos três níveis de prevenção e em todo o período peri-operatório.

No âmbito da área de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Reabilitação, delineei um percurso que se iniciou com a conceção de um projeto de formação para operacionalizar em contextos de estágio, e que culmina com a elaboração deste relatório, que descreve as atividades desenvolvidas e o processo reflexivo associado que permite desenvolver as competências do EEER.

A temática do projeto refere-se à intervenção do EEER na reabilitação respiratória da pessoa em contexto de cirurgia abdominal. Durante a prática clínica pude constatar que as intervenções desenvolvidas visam preparar a pessoa para o período operatório, recuperar as funções respiratória e motora alteradas pelo ato cirúrgico, e otimizar o estado funcional através de programas de RFR, de treino muscular e de condicionamento ao esforço. Através destas ações, e de acordo com o que refere a teoria, é possível diminuir a ocorrência de complicações respiratórias, identificá-las rapidamente quando ocorrem e recuperar as funções através de um plano de reabilitação.

A intervenção do EEER neste âmbito é caracterizada também pelo estabelecimento da relação de parceria e pela capacitação da pessoa para a participação ativa no seu processo de cuidados, de forma a atingir a máxima independência funcional e a reintegração social com sucesso.

De acordo com as contingências dos contextos clínicos, realizei também outras atividades fora do âmbito do projeto, que me permitiram desenvolver competências em outras áreas da Enfermagem de Reabilitação.

A mobilização da teoria de Enfermagem para a prática clínica, de forma a elaborar e implementar os processos de cuidados de reabilitação, foi efetuada tendo por base o referencial teórico de Betty Neuman.

Palavras-Chave: cirurgia abdominal, cuidados peri-operatórios; reabilitação respiratória, Enfermagem de Reabilitação, competências do EEER.

ABSTRACT

Abdominal surgery is the third most associated with respiratory complications, with a significant negative impact on mortality and morbidity, as well as in inpatient times and health care associated costs.

Respiratory rehabilitation has scientifically proven benefits in the prevention and treatment of respiratory complications associated with surgery, namely abdominal.

The rehabilitation specialist nurses develop specific competencies that enable them to care person in surgery context, intervening at three levels of prevention and throughout the perioperative period.

Within the Master's in Nursing with specialization in Rehabilitation Nursing, I outlined a path that began with the design of a training project to operate in stage settings, and culminate in this report, which describes the activities developed and the associated reflexive process that allows developing the skills of rehabilitation specialist nurse.

The project theme refers to the intervention of the rehabilitation specialist nurse in respiratory rehabilitation of the person, in the context of abdominal surgery. During clinical practice, I have seen that interventions developed aim to prepare the person for the operative period, recover the respiratory and motor functions changed by surgery, and optimize the functional status through respiratory reeducation programs, muscle training and reconditioning the effort. Through these actions, and according to reports from theory, it is possible to reduce the incidence of respiratory complications, identify them quickly when they occur and retrieve functions through a rehabilitation plan.

The rehabilitation specialist nurse intervention in this area is also characterized by the establishment of a partnership that enables the person for active participation in the care process, in order to achieve maximum functional independence and a successful social reintegration.

According to the contingencies of the clinical settings I also realized other activities outside the scope of the project, which allowed me to develop skills in other areas of Rehabilitation Nursing.

The mobilization of nursing theory to clinical practice in order to develop and implement rehabilitation care processes was made based on the theoretical framework of Betty Neuman.

Keywords: abdominal surgery, perioperative care, pulmonary rehabilitation, Rehabilitation Nursing, rehabilitation specialist nurse skills.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO PESSOAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS, NA ÁREA DE ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	26
1.1. No âmbito das Competências Comuns do EE	28
1.2. No âmbito das Competências Específicas do EEER	42
2. SÍNTESE CONCLUSIVA	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

APÊNDICES

Apêndice I: Projeto de Formação

Apêndice II: Panfleto de técnicas de conservação de energia

Apêndice III: Planos de cuidados efetuados no contexto comunitário de prática clínica

Apêndice IV: Planos de cuidados efetuados no contexto hospitalar de prática clínica

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Fatores de risco para as complicações respiratórias cirúrgicas.	14
---	-----------

Quadro 2. Evidência científica sobre reabilitação respiratória em contexto de cirurgia abdominal.	16
---	-----------

Quadro 3. Aplicação dos níveis de prevenção de Neuman à intervenção especializada do EEER em contexto de cirurgia abdominal.	20
--	-----------

INTRODUÇÃO

Este documento é realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

É denominado como relatório de estágio e surge no culminar de um percurso iniciado no ano letivo de 2013-2014, orientado para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A certificação de competências clínicas especializadas exige um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades, que permitem ao EE atuar em vários contextos de prestação de cuidados de saúde, em todos os níveis de prevenção e ao longo do ciclo de vida da pessoa, ponderando as suas necessidades de saúde específicas (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010a).

Para a concretização deste grande objetivo de desenvolvimento de competências do EEER, utilizei a metodologia do projeto de formação, que foi delineado e planeado no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, e posteriormente aplicado e ajustado aos diferentes contextos de prática clínica, programados para o ano letivo de 2014-2015.

A escolha da problemática do projeto de formação foi direcionada pela minha reflexão sobre a qualidade dos cuidados no meu atual contexto de prática profissional, e na minha responsabilidade profissional sobre a sua melhoria, enquanto futura EEER. Não obstante a importância deste aspeto, a pertinência da temática foi também apoiada nas seguintes ideias fundamentais:

- É crescente o aumento das intervenções cirúrgicas nos cuidados de saúde e o volume substancial de complicações associadas, nomeadamente respiratórias. Estas têm impacto significativo nos índices de mortalidade e morbilidade, nos tempos de internamento e nos custos em saúde;

- As cirurgias abdominais são as terceiras mais associadas a complicações pulmonares, só suplantadas pelas cardíacas e torácicas;

- A reabilitação respiratória apresenta benefícios cientificamente comprovados na prevenção e tratamento das complicações respiratórias associadas a cirurgias, e o EEER desenvolve competências que lhe permitem intervir sobre as necessidades da pessoa em contexto cirúrgico, nomeadamente as respiratórias.

Deste processo reflexivo emergiu a minha necessidade de compreensão dos problemas da pessoa em contexto cirúrgico, sensíveis à intervenção especializada do EEER. Esta foi considerada a questão geral do projeto, e a partir dela delinee as seguintes questões específicas a que pretendia dar resposta:

- Que intervenções podem desenvolver os EEER, nos diferentes contextos hospitalar e comunitário, junto da pessoa submetida a cirurgia?

- No âmbito respiratório, que intervenções podem desenvolver os EEER para prevenir complicações, controlar sintomas e otimizar capacidades?

- Que intervenções deste âmbito podem desenvolver os EEER, no período pré e pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia abdominal?

Assumindo que o EEER é um profissional dotado de um quadro de competências que lhe permite intervir de forma especializada neste âmbito, que essas competências têm resultados alicerçados na evidência científica e que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados na prática clínica, considere que o desenvolvimento deste projeto seria de elevada importância para a construção da minha identidade profissional como EEER.

Para além destes aspetos, refiro também que a temática deste projeto: “A reabilitação respiratória da pessoa em contexto de cirurgia abdominal – Intervenção do EEER” - é ancorada numa revisão crítica de literatura que justifica a pertinência do tema e da intervenção do EEER neste âmbito. De forma a enquadrar os conceitos que deram forma ao projeto de formação, segue-se uma síntese da informação que reuni na literatura sobre o tema.

O aumento crescente das intervenções cirúrgicas é uma evidência nos cuidados de saúde atuais. Encontra-se relacionado quer com o aumento da esperança média de vida, quer com a crescente incidência de doenças oncológicas, cardiovasculares e traumáticas, influenciadas pelos estilos de vida e comportamentos em saúde (World Health Organization (WHO), 2009).

Em Portugal, o Relatório de Acesso aos Cuidados de Saúde de 2012 do Ministério da Saúde refere que o número de doentes propostos para cirurgia cresceu a um ritmo de 2,1% face ao ano anterior e 38,1% face a 2006 (Ministério da Saúde, 2013), corroborando os números mundiais de aumento dos procedimentos cirúrgicos na realidade atual dos cuidados de saúde.

Este panorama tornou as complicações cirúrgicas causa importante de mortalidade e morbilidade. A Organização Mundial de Saúde assume uma taxa mundial de 3% de eventos adversos peri-operatórios e de 0,5% de mortalidade cirúrgica. Estes dados traduzem-se em quase sete milhões de doentes cirúrgicos por ano que sofrem complicações, e em um milhão que morre durante ou imediatamente após a cirurgia (WHO, 2009).

É substancial o volume numérico de complicações associadas ao ato cirúrgico, que podem evoluir até à mortalidade, mas estas são consideradas preveníveis por cuidados de saúde adequados, em rigor e qualidade, em quase metade das situações (WHO, 2009).

As complicações cirúrgicas ou pós-operatórias são definidas como as condições que ocorrem durante ou a seguir à cirurgia, sendo consideradas não esperadas, com relação causa-efeito com os cuidados prestados (a cirurgia) e documentadas como tal (Administração Central do Sistema de Saúde & Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011).

Segundo Simmons & Simmons (2012), as complicações respiratórias são das mais importantes causas de morbilidade e mortalidade pós-operatórias. São identificadas como tendo efeito direto no aumento da morbilidade e mortalidade, no tempo médio e nos custos associados ao internamento hospitalar (Dimick et al., 2004; Khan et al., 2006; Thompson, Makary, Dorman & Pronovost, 2006).

Também um estudo prospetivo, realizado por Canet et al. (2010), identificou a incidência de complicações respiratórias em 5% da população estudada (2500 pessoas), com aumento da média dos dias de internamento associados de 3 para 12 dias e uma mortalidade de 24,4% aos 90 dias pós-operatórios.

As principais complicações respiratórias referidas pelos autores são a atelectasia, a pneumonia, o trombo-embolismo pulmonar, o derrame pleural, a hipoxemia e a falência respiratória (Canet et al., 2010; Isaías, Sousa & Dias, 2012; Simmons & Simmons 2012).

Aspetos como alteração dos volumes pulmonares, dos padrões ventilatórios, disfunção diafragmática e alterações de perfusão justificam a sua ocorrência, sendo os fatores de risco pré-existentes da pessoa e os aspetos específicos cirúrgicos preponderantes para a sua instalação (Simmons & Simmons, 2012).

O quadro seguinte agrega alguns dos principais fatores de risco identificados pelos autores, relacionados com o doente e com os procedimentos cirúrgicos.

Quadro 1. Fatores de risco para as complicações respiratórias cirúrgicas.

Factores de risco para as complicações respiratórias cirúrgicas	
Relacionadas com a pessoa	Relacionadas com o procedimento
<ul style="list-style-type: none"> Idade Classe ASA»2 (doença sistémica leve)¹ Insuficiência cardíaca congestiva Dependência funcional DPOC <p>(Smetana et al., 2006; Smetana, 2009; Gazarian, 2006; Canet et al., 2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> Obesidade Tabagismo Desnutrição <p>(Gazarian, 2006; Isaías et al., 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de cirurgia (por ordem de evidência): aórtica, torácica, abdominal, abdominal alta, neurológica, cabeça e pescoço, vascular (Smetana, Lawrence & Cornell, 2006; Smetana, 2009) Tempo prolongado do ato cirúrgico Emergência da cirurgia (Smetana et al., 2006; Smetana, 2009; Canet et al., 2010; Brueckmann et al., 2013) Uso de anestesia geral (Smetana, 2009; Isaías et al., 2012)

¹ Índice preditivo de morbilidade da *American Society of Anesthesiology* (ASA), com classificação de 1 (saúdável), a 5 (moribundo, não se espera que sobreviva sem a cirurgia). (Smetana, 2009).

-
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Anemia
(Canet et al., 2010) | <ul style="list-style-type: none">• Uso de analgésicos• Dor (Isaías et al., 2012)• Necessidade de ventilação mecânica »48h
(Shander et al., 2011) |
|---|---|
-

Cirurgias que impliquem incisões mais próximas do diafragma têm maior risco de desenvolvimento de complicações respiratórias. Os procedimentos aórticos, torácicos e abdominais apresentam maior risco, assim como os da cavidade abdominal superior em relação à inferior (cirurgias ginecológicas e do pavimento pélvico) (Smetana, 2009). Neste sentido, as cirurgias abdominais surgem como as terceiras mais associadas a complicações pulmonares como pneumonia e atelectasia (Smetana et al., 2006, Smetana, 2009; Canet et al., 2010).

As repercussões das cirurgias cardíacas e torácicas a nível respiratório são compreensíveis pelas alterações da estabilidade da parede torácica e da dinâmica pulmonar que provocam (Bertol, 2008 & Renaul 2008, citados por Isaías et al., 2012). Em relação às cirurgias abdominais altas, a manipulação da cavidade abdominal pode provocar a inibição reflexa do nervo frénico e a disfunção do diafragma, assim como a ocorrência frequente de derrame pleural (Gastaldi et al. 2008, Ribeiro et al. 2008 & Sousa et al. 2009, citados por Isaías et al., 2012).

O plano de cuidados em contexto cirúrgico deve ter em conta os fatores de risco presentes, as intervenções sobre os fatores que se podem modificar e a atuação precoce sobre as complicações, pois estes aspetos podem introduzir diferença significativa nos resultados para a pessoa submetida a cirurgia. As estratégias para a redução do risco de complicações incluem a redução dos fatores de risco, a melhoria do estado geral da pessoa, a educação para a saúde e a reabilitação respiratória peri-operatória (Makhabah, Martino & Ambrosino, 2013).

A reabilitação respiratória assume-se como uma intervenção de relevo para a otimização da função respiratória da pessoa sujeita a cirurgia, apresentando benefícios evidenciados cientificamente na prevenção e tratamento das complicações respiratórias associadas a cirurgias, nomeadamente abdominais. No

doente cirúrgico, pretende prevenir e corrigir as complicações pulmonares, pleurais, circulatórias e posturais do pós-operatório, conseguindo uma recuperação funcional rápida e completa. Está indicada em todas as cirurgias torácicas, abdominais, com utilização de anestesia geral e nas pessoas com fatores de risco pessoais, devendo ser iniciada precocemente (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal & Maia (1988); Isaías et al., 2012).

A evidência científica disponível corrobora a eficácia da reabilitação respiratória na prevenção e incidência de complicações específicas, em tipos específicos de cirurgia abdominal. No entanto, pela diversidade das características das amostras e das técnicas em estudo, não permite concluir sobre o benefício e a eficácia de determinadas técnicas de reabilitação e sobre o uso de dispositivos específicos em detrimento de outros, na prevenção de complicações. O quadro seguinte agrupa alguns estudos encontrados sobre o assunto.

Quadro 2. Evidência científica sobre reabilitação respiratória em contexto de cirurgia abdominal.

Estudos Científicos	Resultados
Cattano et al. (2010) Estudo sobre o benefício do uso do espirómetro de incentivo, em contexto de cirurgia bariátrica.	Uso pré-operatório do espirómetro não melhorou significativamente a capacidade inspiratória no período pós-operatório. Não ficou comprovado o seu benefício na prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias.
Kulkarni, Fletcher, McConell, Poskitt & Whyman (2010) Estudo comparativo sobre o benefício do treino pré-operatório dos músculos inspiratórios, em contexto de cirurgia abdominal.	O treino dos músculos inspiratórios nas duas semanas anteriores à cirurgia abdominal manteve a capacidade inspiratória no período pós-operatório. Isto não se verificou com o uso do espirómetro de incentivo ou com os exercícios respiratórios.

Lococo et al. (2012)

Estudo retrospectivo que avaliou a função pulmonar de doentes submetidos a esofagectomia.

Grupo que realizou programa intensivo de reabilitação conseguiu recuperar função pulmonar pré-cirurgia.

Grupo que realizou programa *standard* teve recuperação incompleta.

Inoue et al. (2013)

Estudo retrospectivo de coortes, em doentes submetidos a esofagectomia. Aplicação de um programa de reabilitação respiratória intensiva iniciado no período pré-operatório, com duração superior a 7 dias.

Grupo de intervenção apresentou 6,4% de percentagem de incidência de complicações pulmonares, e grupo de controlo 24,3% de incidência.

Branson (2013)

Revisão sistemática de literatura sobre o tema da reabilitação respiratória no período pós-operatório.

O uso do dispositivo do CPAP (*continuous positive airway pressure*) tem benefício comprovado por evidência, na hipoxémia pós-operatória.

Não encontrou evidência que comprove o benefício da espirometria de incentivo, dos dispositivos de pressão positiva expiratória e dos exercícios respiratórios na prevenção de complicações respiratórias pós-operatórias.

Nascimento Júnior et al. (2014)

Revisão sistemática de literatura sobre a utilização do espirómetro de incentivo na prevenção de complicações pulmonares em cirurgia abdominal alta.

O benefício do espirómetro de incentivo neste âmbito não ficou demonstrado pela evidência científica disponível. Carece-se de novos estudos e evidência científica de melhor qualidade.

Neste âmbito, sublinho a escassez de evidência científica publicada no domínio da Enfermagem de Reabilitação, em relação à reabilitação respiratória em contexto cirúrgico. Este aspeto é comprovado pela frequência encontrada na literatura do termo “fisioterapia respiratória”, que se associa aos domínios profissionais da fisioterapia ou da medicina de reabilitação, em dissonância com o utilizado no

âmbito da Enfermagem de Reabilitação, “reabilitação respiratória”, ou “reeducação funcional respiratória” (RFR). Este aspeto não pode deixar de ser valorizado, uma vez que a investigação gera conhecimento específico em Enfermagem e promove o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Tendo em conta que as intervenções do EEER visam a avaliação de alterações funcionais e de necessidades de intervenção, promovendo a manutenção de capacidades, a prevenção de complicações e a otimização e reeducação de funções (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010b), as suas competências específicas permitem-lhe atuar em todos os domínios sensíveis aos seus cuidados, e aqui se inclui o contexto cirúrgico.

O EEER pode intervir em todo o percurso cirúrgico da pessoa, capacitando-a para a reintegração no seu ambiente social desde o período inicial pré-operatório, atuando no período de internamento hospitalar (que se pretende curto e isento de intercorrências negativas) e estendendo a sua ação à continuidade de cuidados em contexto comunitário, se necessário.

Na orientação da prática dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação nesta área de conhecimento, a adoção de um modelo teórico revela-se estruturante para o exercício profissional, no sentido em que compreender a conceção dos cuidados de enfermagem à luz de uma teoria ajuda a enquadrar, planejar, desenvolver e avaliar esses mesmos cuidados (Tomey & Alligood, 2004).

O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman foi a conceção teórica escolhida para suportar este projeto de formação. Apresenta uma estrutura conceptual de reconhecida aplicabilidade prática, adaptável a vários contextos de saúde, ambientes de cuidados e tipologias de clientes - indivíduos, famílias, grupos e comunidade, defendendo a relação de parceria entre o cliente e o cuidador para a prossecução e atingimento dos objetivos (Freese, 2004; Neuman, 2011). A sua abordagem conceptual da pessoa numa perspetiva global, a ênfase dada aos diferentes aspetos dos cuidados como a prevenção e o tratamento, e a visão interdisciplinar da intervenção em saúde, são aspetos que se adequam na perfeição com os domínios de competências e a prática de cuidados do EEER.

O conceito de pessoa de Neuman compreende um cliente que é um sistema aberto em interação recíproca com o ambiente. Este sistema é constituído por uma estrutura básica de recursos inatos e fatores comuns, que se constituem como

forças e fraquezas e que se encontram circundados por linhas de defesa protetoras da sua integridade. Como fonte desta estrutura básica existem cinco variáveis - fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual – que interagem entre si, podem apresentar diferentes graus de desenvolvimento e modificar as linhas de defesa do sistema (Freese, 2004; Neuman, 2011).

O propósito principal da Enfermagem é assistir o cliente no atingimento, manutenção ou reparação da estabilidade ótima, que é variável ao longo do tempo e do ciclo de vida da pessoa. A estabilidade compreende a harmonia entre os estímulos ambientais e as cinco variáveis do sistema do cliente, podendo ser alterada por *stressores* intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, percebidos como positivos ou negativos (Freese, 2004; Neuman, 2011).

O modelo defende a prevenção como intervenção, podendo as ações ser desenvolvidas antes ou depois das linhas protetoras de defesa e resistência serem quebradas, nas fases de reação e reconstituição. São identificados três níveis de prevenção, que se complementam entre si e podem ser desenvolvidos em simultâneo, de acordo com a condição do cliente (Freese, 2004; Neuman, 2011).

Ao efetuar o paralelismo entre os níveis de prevenção do Modelo de Neuman e as competências específicas do EEER, considere-se que a prevenção primária relaciona-se com as ações preventivas, nomeadamente intervenções sobre o risco e cuidados que promovam a manutenção das capacidades funcionais e a prevenção de complicações e incapacidades. A prevenção secundária relaciona-se com as intervenções terapêuticas que visam melhorar a função, manter ou recuperar a independência; e a prevenção terciária centra-se na maximização das funções e do potencial da pessoa, de forma a minimizar o impacto das incapacidades e promover independência e qualidade de vida (OE, 2010b; Neuman, 2011).

Da mesma forma, considero a cirurgia e a vivência da experiência cirúrgica como um evento com fatores de *stress* que poderão alterar o equilíbrio da pessoa e as suas normais linhas de defesa. O *stressor* poderá constituir-se como qualquer uma ou várias de diferentes causas conhecidas ou com possibilidade de ocorrer, como a dor, a imobilidade, o trauma cirúrgico, o efeito anestésico, ou mesmo a ansiedade, a dependência e a mudança de ambiente. Por outro lado, as complicações respiratórias associadas à cirurgia, como a pneumonia, a atelectasia,

o derrame pleural ou a hipoxemia, constituem-se como reações do sistema do cliente ao *stressor*. As intervenções do EEER visam todo o período peri-operatório, considerando as especificidades e variáveis próprias da pessoa, que podem atuar como forças ou vulnerabilidades no processo de cuidados.

O quadro seguinte pretende facilitar a leitura e compreensão da intervenção do EEER nos cuidados à pessoa em contexto de cirurgia abdominal, baseados nos três níveis de prevenção de Neuman.

Quadro 3. Aplicação dos níveis de prevenção de Neuman à intervenção especializada do EEER em contexto de cirurgia abdominal.

Níveis de prevenção segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman	Intervenções do EEER em contexto de cirurgia abdominal
<p>Prevenção primária (prevenção)</p> <p>› Reduzir a possibilidade de enfrentar <i>stressores</i>.</p> <p>› Fortalecer a linha de defesa flexível da pessoa (Freese, 2004; Neuman, 2011).</p>	<p>Avaliação das características específicas pessoais e fatores de risco.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Prevenção da ocorrência de complicações respiratórias através da melhoria da função pulmonar. <ul style="list-style-type: none"> • Reeducação funcional respiratória. ▫ Estabelecimento de um ambiente terapêutico e seguro. <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de uma relação de confiança que promova adesão ao plano de cuidados; • Redução da ansiedade e focalização na informação e nas aprendizagens. ▫ Estabelecimento de uma relação de parceria e capacitação da pessoa para o seu processo de cuidados – ensino pré-operatório sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Posição de descanso e relaxamento; • Consciencialização, controlo e dissociação dos tempos respiratórios;

	<ul style="list-style-type: none"> • Respiração abdomino-diafrágica; • Tosse com contenção da ferida operatória; • Movimentos activos, posicionamentos e mobilizações e correção postural; • Controle da dor (Isaiás et al., 2012).
<p>Prevenção secundária (restauração)</p> <p>› Redução da reação de <i>stress</i> fortalecendo as linhas de resistência internas da pessoa.</p> <p>› Intervenção direcionada ao tratamento de sintomas (Freese, 2004; Neuman, 2011).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Identificação da ocorrência de complicações respiratórias. ▫ Melhoria e recuperação das funções motora e respiratória. <ul style="list-style-type: none"> • Utilização de técnicas de reeducação funcional respiratória e de exercícios de treino muscular: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Posição de conforto e relaxamento; ✓ Controle e dissociação dos tempos respiratórios; ✓ Drenagem postural clássica ou modificada; ✓ Tosse dirigida e assistida com contenção da ferida operatória; ✓ Manobras acessórias de mobilização de secreções – percussão, compressão e vibração; ✓ Ciclo ativo de técnicas respiratórias (CATR); ✓ Reeducação abdomino-diafrágica; ✓ Reeducação costal global e costal seletiva; ✓ Exercícios de expansão torácica; ✓ Treino dos músculos respiratórios; ✓ Exercícios de inspirações profundas; ✓ Uso de dispositivos respiratórios; ✓ Técnicas de correção postural em frente ao espelho quadriculado; ✓ Mobilização da cintura escapular; ✓ Reeducação no esforço (levante precoce, marcha, subida de escadas, treino dos membros superiores e inferiores) (Isaiás et al., 2012).

<p>Prevenção terciária (manutenção)</p> <ul style="list-style-type: none"> › Reconstituição do sistema; › Readaptação e reeducação para prevenir ocorrências futuras; › Manutenção da estabilidade (Freese, 2004; Neuman, 2011). 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Otimização das funções respiratória e motora. ▫ Implementação de programas de reeducação funcional respiratória, de treino muscular e condicionamento ao esforço. ▫ Ensino para a saúde. ▫ Capacitação para a independência funcional e para a reintegração social.
--	--

As intervenções da prevenção primária encontram-se ajustadas para o período pré-operatório. O EEER promoverá uma relação de parceria com a pessoa, de forma a fomentar a sua adesão ao plano de cuidados. Esta relação será fundamental para o planeamento e implementação dos cuidados especializados, com os objetivos de minimizar o potencial de complicações e de promoção da recuperação máxima.

A capacitação prévia da pessoa para os movimentos e atitudes corretas a adotar no pós-operatório, que promovem a ventilação pulmonar e a oxigenação do sangue, permitirá tranquilizar e minimizar receios, estabelecer confiança e facilitar a sua colaboração na fase pós-operatória. E a melhoria da função pulmonar previamente à cirurgia irá contribuir para reduzir o índice de risco da pessoa para o desenvolvimento de complicações (Heitor et al., 1988; Isaías et al., 2012).

As intervenções das prevenções secundária e terciária centram-se no período pós-operatório. Pretendem identificar as complicações instaladas, melhorar e recuperar funções, atingindo um nível funcional otimizado e estável que promova a reintegração da pessoa no seu meio social, perfeitamente adaptada à sua condição de saúde presente.

Estes objetivos podem ser alcançados a partir da realização de intervenções organizadas em programas de reeducação das funções motora e respiratória, ajustados às características pessoais.

A atuação sobre a função respiratória permitirá manter, corrigir ou melhorar a ventilação, através da redução da tensão psíquica e muscular, da manutenção da permeabilidade das vias aéreas, da expansão pulmonar ou da prevenção e correção de defeitos ventilatórios (Isaías et al., 2012). Complementarmente, a atuação sobre

a função motora, que afeta direta ou indiretamente a função respiratória, visa a manutenção da amplitude dos movimentos e a reeducação no esforço, sendo melhorada e recuperada através da promoção do posicionamento e mobilização no leito, do levantar precoce e marcha, do treino muscular e da correção dos defeitos posturais que se instalam devido às incisões cirúrgicas e à dor. (Isaías et al., 2012).

O Modelo de Neuman defende que as intervenções, estruturadas nos três níveis de prevenção, devem ser baseadas no grau da reação, nos recursos existentes, nos objetivos planejados e nos resultados previstos (Freese, 2004). Desta forma, a aplicação do processo de enfermagem na estrutura do Modelo de Neuman é efetuada nos três passos de: diagnóstico (determinação das variações de bem-estar), objetivos (alterações a efetuar para corrigir as variações, negociadas com o cliente) e resultados de enfermagem (efeitos das intervenções, baseadas em um ou mais dos níveis de prevenção). Estes resultados são avaliados para confirmar ou reformular os objetivos estabelecidos e/ou subsequentes (Freese, 2004).

Esta organização do processo de enfermagem de Neuman norteou os planos de cuidados desenvolvidos nos contextos clínicos, que foram a base teórica para muitas das atividades realizadas, no sentido do desenvolvimento das competências como EEER.

Embora o projeto de formação fosse direcionado para a intervenção do EEER na reabilitação respiratória da pessoa em contexto cirúrgico, o desenvolvimento de competências exigidas para a aquisição do grau de EEER requereram o ampliar do plano do projeto para todo o campo da intervenção específica do EEER, de acordo com as experiências proporcionadas pelos contextos clínicos.

Neste sentido, aspetos como a manutenção e recuperação das funcionalidades, a capacitação da pessoa e família, a continuidade dos cuidados e a reintegração com sucesso no ambiente familiar e social, são assumidos como centrais nas competências do EEER e foram comuns ao desenvolvimento da temática do projeto e às outras atividades desenvolvidas (OE, 2010b). Da mesma forma, os aspetos da responsabilidade profissional e ética, da qualidade e gestão dos cuidados, assim como da formação e promoção do conhecimento especializado, referentes às competências comuns do EE, foram integrados nas atividades realizadas em contexto clínico (OE, 2010a).

Os objetivos específicos definidos no projeto tiveram em conta esta exigência, sendo baseados nos quadros de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Competências Específicas do EEER (OE, 2010a, 2010b). A partir desta premissa, alguns foram adequados à problemática em estudo do projeto (o projeto de formação pode ser consultado em Apêndice I).

A concretização desses objetivos em atividades correspondeu à implementação do projeto em duas áreas de contexto clínico, num período programado de 18 semanas, que decorreu de 30 setembro de 2014 a 13 fevereiro de 2015. Com duração total de 750 horas, incluiu 500 horas de presença em contexto clínico, 25 horas de orientação tutorial e 225 horas de trabalho autónomo.

O primeiro período, de 30 setembro a 28 novembro 2014, decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), num contexto comunitário; o segundo período foi efetuado numa Unidade de Reabilitação Funcional Respiratória, num contexto hospitalar, e ambos sob a tutoria de um EEER.

Em resumo, o relatório que constitui este documento pretende descrever o percurso pessoal efetuado no sentido do desenvolvimento das competências de EEER, a partir da articulação do conhecimento teórico com as experiências e reflexões sobre as aprendizagens, proporcionadas pelo contacto com os contextos clínicos. São objetivos gerais deste documento:

- Apresentar a operacionalização do projeto nos contextos de ensino clínico;
- Descrever as atividades desenvolvidas nos contextos clínicos, refletir sobre elas e sobre sua importância para o desenvolvimento de competências como EEER;
- Refletir sobre as competências desenvolvidas para a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa em diferentes fases do seu ciclo de vida, com diferentes objetivos de intervenção e contextos de prestação de cuidados;
- Refletir sobre as competências desenvolvidas que permitem a construção da identidade do EEER e a sua intervenção específica como perito na prática de cuidados, junto dos pares e nas equipas de saúde;

- Refletir sobre os problemas sensíveis à intervenção do EEER na pessoa em contexto cirúrgico, e sobre as competências específicas do EEER que permitem intervir nestes mesmos problemas, nomeadamente a nível respiratório.

O relatório encontra-se estruturado em dois capítulos, sendo que o primeiro descreve e analisa as atividades realizadas nos contextos clínicos, no sentido do desenvolvimento de competências de EEER; e o segundo descreve a avaliação pessoal do percurso formativo, em relação a resultados atingidos, conclusões, perspectivas de desenvolvimento e continuidade de cuidados especializados.

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO PESSOAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS, NA ÁREA DE ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.

No sentido da validação do meu percurso formativo orientado para o desenvolvimento das competências de EEER pretendo, de seguida, apresentar o portefólio de atividades realizadas nos contextos de prática clínica.

As atividades que descrevo e sobre as quais me proponho refletir, enquanto estudante de Enfermagem de Reabilitação, foram um dos veículos necessários para o processo de desenvolvimento pessoal e profissional que está implícito ao desenvolvimento de competências.

A competência encontra-se vinculada à ação na medida em que reflete um saber-agir de forma pertinente numa situação específica, ou seja, implica a combinação dos recursos disponíveis e dos saberes profissionais para a sua realização. Desta forma, considera-se que ser competente é ter a capacidade, o conhecimento e a atitude para alcançar o desempenho requerido e ser reconhecido como tal, pelos outros, nas atividades que realiza (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011).

A operacionalização de uma competência, ou a produção de uma ação competente, reflete um referencial regulador de âmbito social, mas também o cunho pessoal que resulta da integração própria de cada profissional, o que dá origem a diferentes formas de agir competente. Assim, uma ação competente reflete uma motivação para agir, um saber agir desenvolvido por um dispositivo de formação, mas também um contexto de trabalho que permita o poder agir (OE, 2011).

Neste sentido, as atividades por mim realizadas implicaram o desenvolvimento e a mobilização de instrumentos pessoais de observação, de reflexão e de integração de aprendizagens da formação teórica e prática na ação desenvolvida, em contextos de aprendizagem de prática clínica, e com a motivação do desenvolvimento das competências do EEER.

Neste processo pessoal de desenvolvimento de competências de EEER, planeei as atividades de acordo com um projeto de formação, para ser desenvolvido em contextos clínicos específicos que, pelas respetivas características e ambientes, contribuíram para a sua operacionalização.

No fim deste percurso, considero que os dois contextos clínicos, um comunitário e outro hospitalar, me permitiram realizar atividades planeadas que contribuíram para o meu desenvolvimento de competências gerais e específicas de EEER. Estes foram de suma importância para compreender e aplicar o processo do cuidar em reabilitação, envolvendo o utente alvo dos cuidados, a sua família e o seu ambiente social. Cumulativamente, de acordo com as exigências surgidas e inerentes às experiências vivenciadas, realizei algumas atividades não planeadas, mas que considero terem também contribuído para o desenvolvimento das competências declaradas nos Regulamentos de Competências Gerais e de Competências Específicas da Ordem dos Enfermeiros (OE,2010a, 2010b).

Neste documento, optei por descrever as atividades numa lógica de justificação dos objetivos criados para o desenvolvimento das competências de EE, em detrimento de uma descrição organizada por contextos de estágio. De forma a seguir uma organização que pretendo coerente e facilitadora da leitura e da compreensão, efetuo em primeiro lugar a análise e descrição das atividades que considero que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns de EE, e de seguida descrevo e analiso as atividades que contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas de EEER. Neste segundo subcapítulo faço também a descrição e análise das atividades específicas que corresponderam ao desenvolvimento do tema do projeto de formação.

1.1. No âmbito das Competências Comuns do EE

Diz o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010a) que estes possuem um grupo de domínios de competências comuns que lhes permitem atuar em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, assumindo responsabilidades de educação de clientes e de pares profissionais, de orientação e liderança, de promoção da qualidade e de desenvolvimento e divulgação de investigação significativa para a prática de enfermagem.

Neste sentido e segundo o mesmo Regulamento, a esfera de ação do ER traduz-se em quatro domínios de competências comuns, sendo estes: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010a).

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal considera o exercício profissional responsável suportado nos princípios ético-deontológicos, que se baseia num sólido corpo de conhecimentos, na avaliação das melhores práticas disponíveis e na vontade manifesta do cliente (OE, 2010a). Neste âmbito, estabeleci como objetivo específico:

• Desenvolver competências de EEER, em diferentes contextos e equipas de saúde, tendo em conta as dimensões éticas, profissional e legal dos cuidados.

Tendo em conta a amplitude deste objetivo, considerei ser necessário para o seu cumprimento alguns aspetos diversos. Assim, procurei conhecer os diferentes contextos de cuidados de saúde em termos de recursos e em termos organizacionais, compreender a influência destes aspetos na constituição e gestão das equipas multidisciplinares, bem como compreender em como estas características se traduzem em diferenças e semelhanças entre os diferentes contextos, as suas equipas e as suas dinâmicas.

De forma a criar as condições propícias à aprendizagem e à realização das atividades que responderiam à operacionalização do projeto de formação e ao desenvolvimento de competências de EEER, procurei integrar-me de forma positiva nas equipas multidisciplinares, constituindo este um primeiro objetivo parcial por mim delineado. Cumpri-lo requereu da minha parte ponderação, observação, reflexão e também sensatez para me saber posicionar enquanto estudante e enquanto profissional com competências certificadas e experiência, oscilando entre uma posição mais ativa e dinâmica ou mais observadora e de complementaridade. Os enfermeiros orientadores, na figura de supervisores clínicos, desempenharam um papel essencial na facilitação deste processo, e neste sentido, foram prontamente inteirados dos objetivos do projeto de formação e das correspondentes atividades planeadas.

Em relação às características dos contextos clínicos, procurei compreendê-los e analisá-los em termos de dinâmicas de funcionamento, constituição de elementos profissionais, objetivos e recursos, assumindo estes aspetos como definidores e influenciadores da ação do EEER nos diversos contextos de cuidados de saúde.

Para melhor compreender estes aspetos, que em suma são definidores da orgânica e funcionamento dos locais, quando em contexto comunitário senti necessidade de efetuar pesquisa bibliográfica que me permitisse obter conhecimento e compreender as várias tipologias organizacionais que agora constituem os cuidados a nível comunitário. Estas instituições, como os Agrupamentos de Centros de Saúde, as Unidades de Saúde Familiar, as UCC e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), possuem objetivos e missões diferenciados e definidos a nível legislativo, sendo que as suas características justificam a constituição das equipas multidisciplinares e os seus recursos específicos e partilhados.

Em relação às equipas locais dos contextos clínicos, integrei-me em duas com tipologias diferentes, características de um ambiente hospitalar e de um ambiente de cuidados comunitários. As diferenças entre elas permitiram-me vivenciar e refletir sobre diferentes dinâmicas de prestação de cuidados, sobre a autonomia profissional inerente aos cuidados especializados de reabilitação, a necessidade de trabalhar em equipa multidisciplinar, assim como, sobre as diferenças de avaliação e

de planeamento de objetivos que podem surgir entre os grupos profissionais que constituem essas mesmas equipas.

A exemplo do que pretendo afirmar, e baseando a minha perceção nas reuniões multidisciplinares da equipa de contexto comunitário em que participei, considero que o fisioterapeuta caracterizava o benefício do plano de reabilitação pelos objetivos definidos e pelos ganhos em termos de capacidades funcionais desenvolvidas. Por outro lado, o EEER considerava estes aspetos, mas também todos os outros que fazem parte dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, como a adaptação à incapacidade, o processo de transição inerente, a capacitação da pessoa e dos cuidadores, o apoio emocional e as condições sociais e familiares.

Ainda no âmbito deste objetivo, considerei para a sua realização compreender as várias fases do processo de cuidados de reabilitação, que compreende o planeamento, a implementação e a avaliação de intervenções e cuidados especializados. Para este processo contribuem o juízo profissional do EEER, baseado no seu conhecimento e experiência, e a autonomia e autodeterminação do cliente e da família que permite a tomada de decisão fundamentada e o desenvolvimento de estratégias em parceria (OE, 2010a).

Os conceitos de capacitação, parceria e *empowerment* enquadram-se, deste modo, na definição das competências do EEER e no espírito dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, pois o cliente assume o seu poder na relação terapêutica como parceiro, decisor e gestor da sua saúde, sendo dotado do conhecimento para o fazer (Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011). Neste ponto, importa-me referir que a adoção do modelo teórico de Betty Neuman na orientação da minha prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação foi um auxílio para a integração destes aspetos do cuidar. Esta teórica sublinha a importância de cada um dos intervenientes do processo de cuidar na perceção dos problemas identificados, sendo que é a partir deste encontro que se estabelece o plano de cuidados (Neuman, 2011).

No sentido da prestação de cuidados especializados de ER, suportados nos princípios legais, éticos e deontológicos que regem a profissão, identifiquei as necessidades das pessoas alvo dos cuidados baseando-me no contato direto, no

estabelecimento da relação de cuidados, na consulta documental dos processos clínicos e dos registos de cuidados dos contextos clínicos e no conhecimento dos recursos disponíveis e existentes.

Na comunidade senti que foi um desafio conseguir conceber, selecionar e implementar intervenções, tendo em conta a multiplicidade de fatores que se apresentavam para o cuidar destes utentes. Pelas suas características – faixa etária, doença crónica avançada, doença oncológica, grau de dependência funcional elevado – considereei que o objetivo primordial dos cuidados de reabilitação para muitos seria manter as suas capacidades funcionais atuais e reduzir o risco de alterações motoras, sensoriais, cognitivas e cardiorrespiratórias, decorrentes de episódios de agudização de doença crónica.

No hospital, e salvaguardando o fato de a minha perceção ser baseada na experiência sobre um contexto específico, considero que a intervenção do EEER era condicionada pelos tempos de internamento e *timings* de tratamento da doença aguda, sendo por isso de suma importância saber rentabilizar todos os momentos de interação. As pessoas alvo dos cuidados estavam, na generalidade, a vivenciar episódios de doença aguda, pelo que a sua ação era focada na pessoa alvo dos cuidados e direcionada para a realização de cuidados de reabilitação que promovem a reeducação de funções, procurando capacitá-la para a autonomia funcional, para a continuidade dos cuidados e para a reintegração social com sucesso.

A reflexão sobre estes aspetos levou-me a considerar que o cuidar em Enfermagem de Reabilitação envolve vários condicionantes que definem e influenciam o processo de reabilitação nas suas várias fases, e que nomeio de seguida: a imobilidade prolongada, as comorbilidades, a doença crónica, a doença oncológica avançada e os cuidados paliativos, a importância da família como parceiro de cuidados e parte integrante desses mesmos cuidados, as características físicas e sociais do meio como auxílio ou entrave à manutenção das capacidades funcionais, a importância e o alocamento de ajudas técnicas, assim como a ligação das estruturas de cuidados de saúde hospitalares com as comunitárias.

A vivência da realidade dos dois contextos leva-me a afirmar que na comunidade os aspetos sociais e familiares são muito evidentes, pois apresentam-se na realidade do dia-a-dia. O EEER que desempenha as suas funções num

contexto comunitário tem esta informação disponível para a identificação das reais necessidades da pessoa e da família e para o planeamento de uma intervenção especializada e ajustada a essas mesmas necessidades. Em contrapartida, no meio hospitalar há necessidade de procurar e explorar cuidadosamente este tipo de informação, sob pena de a identificação de necessidades reais poder ficar condicionada pela nossa perceção e pelas conceções que construímos em relação à pessoa alvo dos cuidados.

Na prática dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, compreendi também a importância de efetuar uma avaliação sistemática das intervenções desenvolvidas, aferindo o resultado alcançado em relação ao objetivo definido e ponderando a necessidade de reformulação das práticas de cuidados. Este aspeto encontra fundamento nos regulamentos de competências da OE (OE, 2010a, 2010b), que preconizam a avaliação dos processos e dos resultados das tomadas de decisão, assim como a avaliação dos resultados das intervenções implementadas.

A avaliação sistemática do cliente pretende traduzir um estado funcional inicial e a sua progressão ao longo do tempo, tendo em conta as intervenções efetuadas. Deste modo, o EEER deve apresentar as competências para compreender a necessidade de adequação de intervenções especializadas, de acordo com os seus resultados e as exigências das situações, e os limites à intervenção especializada devem ser ponderados em função dos recursos pessoais e sociais disponíveis, das competências profissionais, da experiência profissional e da autodeterminação da pessoa.

Para exemplificar estes aspetos, refiro aqui uma situação que presenciei no contexto comunitário da prática de cuidados, sobre a decisão de hospitalização de um cliente em situação de doença oncológica avançada. A evolução da sua situação de saúde exigiu a reformulação dos objetivos definidos e das intervenções planeadas, sendo tomada a decisão pela hospitalização, partilhada entre o cliente, a sua família, o médico assistente e o EEER. Esta decisão foi baseada em aspetos como a sua situação de doença atual, a sintomatologia apresentada, os benefícios atuais das intervenções, os recursos disponíveis no domicílio e comunidade e o grau de cuidados específicos necessários. O processo de tomada de decisão foi

conduzido pelo EEER, e a sua opinião de perito considerada pelo utente e família, tendo em conta a relação de parceria e de confiança que existia entre eles.

Assim, considero que esta situação permitiu-me a vivência da prática profissional especializada baseada nos princípios éticos e normas deontológicas, promotora da escolha e da autodeterminação do cliente nos cuidados, e em que o EE assume o papel de consultor e de líder na gestão de situações complexas e potencialmente comprometedoras para o cliente, que exigem processos de tomada de decisão no âmbito da saúde do cliente e da sua área de especialidade (OE, 2010a).

Para terminar, e ainda dentro do âmbito deste objetivo de desenvolvimento de competências para os cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação em diferentes contextos, sublinho a utilização dos instrumentos de registo e de avaliação na construção do processo de cuidados de reabilitação.

Para além da informação que permitem reunir para a aferição de capacidades, sintomas e alterações, as avaliações e os registos dos cuidados podem servir vários objetivos, como ter implicações legais sobre os deveres profissionais, promover a coordenação de cuidados, disponibilizar dados objetivos sobre benefícios e qualidade de cuidados de saúde, justificar dotações e quantificar custos económicos associados aos cuidados de saúde (Kelly-Hayes & Phipps, 2011). Neste aspeto, considero que o conhecimento adquirido sobre o uso dos instrumentos de avaliação e registo em vigor nos contextos de estágio contribuiu para o meu processo de conhecimento dos clientes alvo dos cuidados, para a avaliação das suas necessidades, orientação da minha ação e aferição de resultados.

No contexto comunitário utilizei as escalas de avaliação em uso na UCC, sendo estas a escala de *Braden* de avaliação de úlceras de pressão, a escala de risco de quedas de *Morse* e o Índice de *Barthel* de avaliação de grau de dependência. Encontrando-se hoje padronizados nos processos clínicos e não sendo instrumentos específicos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, permitem reunir algumas informações em termos de realização e satisfação de atividades de vida e em termos de mensuração de capacidades ao longo do tempo. Além destas escalas, utilizei também a plataforma de registo da RNCCI, no sentido de dotar as Equipas de

Gestão de Altas (EGA) locais e regionais das informações necessárias à manutenção, suspensão ou adequação de cuidados específicos de reabilitação.

No hospital e tendo em conta o contexto específico de reabilitação respiratória, utilizei para reunir informação os resultados de provas de esforço, de provas de marcha de seis minutos e de instrumentos avaliativos como a escala de *Borg* de avaliação de dispneia e a escala de avaliação de qualidade de vida de *Saint George*, que foram selecionados pela equipa deste contexto para a avaliação inicial e final dos programas de reabilitação respiratória. Neste contexto, efetuei o registo dos cuidados especializados nos instrumentos de registo específicos em uso naquele local, que incluíam a descrição do plano de reabilitação com objetivos, contra indicações, exercícios realizados, evolução e intercorrências registadas.

Em relação a este assunto dos instrumentos de registo e de avaliação, termino por dizer que desenvolver experiência em relação ao seu uso me permitiu compreender a sua importância no contexto da prática clínica, como complemento para a avaliação rigorosa que deve ser efetuada no sentido da definição de objetivos, planificação de cuidados e avaliação das intervenções e do seu resultado, no âmbito do processo de reabilitação.

No entanto, a ação do EEER não se esgota na aplicação do processo de cuidados de reabilitação ao cliente. O domínio da melhoria contínua da qualidade pretende traduzir a sua competência na análise e revisão das práticas de cuidados, na colaboração em programas de melhoria e na promoção de um ambiente terapêutico, seguro e protetor para todos os intervenientes (OE, 2010a). Para o desenvolvimento de competências neste âmbito desenvolvi como objetivos específicos:

- **Colaborar com a equipa de saúde na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.**
- **Contribuir para a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual e gerador de segurança e proteção dos indivíduos e grupos.**

As atividades por mim desenvolvidas para a realização destes objetivos foram de carácter prático e de carácter reflexivo. Nos contextos, procurei refletir sobre as práticas de cuidados especializados e seus resultados, no sentido de identificar necessidades de melhoria e estratégias para o fazer, baseando-me na evidência científica e nas normas de boas práticas (OE, 2010a). Esta foi uma atividade que realizei continuamente e de forma informal, pois sentia-a como inerente à integração nas equipas e ao desempenho de qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, de acordo com as realidades e necessidades que se me apresentavam todos os dias, e também como exercício de balanço final dos percursos nos contextos.

Desta reflexão pessoal concluo que, e salvaguardando ser esta apenas a minha opinião pessoal e em relação a estes contextos, a melhoria dos cuidados multidisciplinares em contexto comunitário passará pela definição e aplicação de instrumentos de avaliação de necessidades e de resultados adequados a esse mesmo contexto e às suas especificidades, em que a implementação do processo individual do doente (que se encontrava em desenvolvimento) poderá contribuir. A inexistência de um processo único do doente, que incluísse os registos e avaliações dos cuidados de enfermagem de reabilitação e dos outros profissionais de saúde constituintes da equipa multidisciplinar, foi um aspeto que identifiquei claramente como uma necessidade de melhoria dos contextos, uma vez que percebi que a forma atual de registo dificultava a partilha de informação entre grupos profissionais.

No contexto hospitalar, os registos específicos do EEER eram compilados em processo físicos separados do processo hospitalar do doente, não sendo desta forma partilhados com os demais elementos profissionais e não contribuindo para a divulgação, junto dos pares e dos outros profissionais, dos objetivos e cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Também neste mesmo contexto, concluí que a melhoria dos cuidados especializados passaria pela maior aposta nos cuidados de reabilitação respiratória no âmbito da prevenção primária, com programas específicos para pessoas com fatores de risco identificados, assim como pela referenciação de doentes hospitalizados para as equipas da comunidade, promovendo a continuidade dos cuidados no domicílio.

Ainda no âmbito do desenvolvimento deste objetivo de colaboração com as equipas de saúde na promoção da qualidade dos cuidados, no contexto comunitário

tive a oportunidade de desenvolver algumas atividades não planeadas no projeto. Estas foram atividades de caráter educacional, que considero terem contribuído também para o meu processo de desenvolvimento de competências. A vertente educacional encontra-se inerente às competências do EEER, no sentido em que este promove o auto cuidado e a educação de utentes e cuidadores para a gestão da doença, dos seus sintomas e para a promoção de hábitos de vida e comportamentos saudáveis. Logo, as competências de formação no EEER são necessárias para dotar utentes, pares e prestadores de cuidados do conhecimento necessário para gerir doenças, incapacidades e os cuidados específicos inerentes.

Tendo em conta que a informação que se transmite oralmente pode não ser totalmente retida pelos nossos interlocutores, elaborei um suporte escrito, sob a forma de panfleto, sobre técnicas de conservação de energia para o dia-a-dia. Estas técnicas ajudam a pessoa a controlar a dispneia e a fadiga na realização das suas atividades de vida diária ou profissional, através da mudança de comportamentos e de alternativas de realização de tarefas (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2009). Desta forma, o panfleto pretende ser um complemento ao ensino efetuado pelos EEER aos utentes da comunidade com sintomas de dispneia e descondicionamento físico, funcionando como guia orientador para aplicação no domicílio (este panfleto encontra-se disponível para consulta no Apêndice II).

Ainda no âmbito das atividades educacionais, colaborei no evento de comemoração do Dia Mundial da Diabetes. As atividades de educação para a saúde na comunidade e com os parceiros sociais encontram-se previstas nos objetivos da UCC, logo, numa lógica de colaboração e integração na equipa também participei, apesar de não terem sido atividades específicas do EEER. O evento integrou as comunidades escolares, as associações do concelho e a Câmara Municipal, e constituiu para mim um exemplo do trabalho que pode ser desenvolvido no âmbito da prevenção primária, junto das comunidades. As atividades desenvolvidas pela UCC compreenderam o rastreio da glicémia capilar, um almoço saudável com discussão informal sobre alimentos e cozinha saudáveis e uma palestra sobre hábitos alimentares saudáveis e exercício físico, direcionada para a comunidade escolar.

Por fim, ainda no âmbito do objetivo da promoção da melhoria contínua dos cuidados e do desenvolvimento de competências educacionais com pares,

parceiros, clientes e cuidadores, participei nas atividades de formação em serviço que a UCC desenvolve com os parceiros comunitários. Decorrente do levantamento de necessidades formativas detetadas na prática de cuidados, colaborei numa sessão de formação teórico-prática programada para as ajudantes familiares de uma instituição particular de solidariedade social, cuja temática foi o posicionamento da pessoa com alteração da mobilidade. Esta formação teve uma avaliação positiva por parte dos formandos, pois permitiu-lhes, segundo estes, corrigir procedimentos e esclarecer dúvidas. Em termos pessoais, permitiu-me desenvolver algumas competências de formador enquanto EEER e refletir sobre a importância da formação formal e informal dos profissionais para a prática de cuidados de qualidade.

Tendo em atenção que a gestão do ambiente terapêutico é essencial para o sucesso dos cuidados, diminuição de riscos associados e prevenção de acidentes (OE, 2010a), considero que dei resposta a este objetivo com as várias atividades que desenvolvi durante a prestação de cuidados especializados, no sentido da promoção de um ambiente terapêutico para a pessoa.

Assim, incluo na operacionalização deste objetivo, o respeito pelos princípios éticos inerentes aos cuidados de Enfermagem e aos cuidados especializados, o desenvolvimento da relação de confiança com a pessoa e família, o respeito pelas dinâmicas familiares, o planeamento e implementação de cuidados através da negociação de estratégias e ações, do consentimento informado e o estabelecimento da parceria na relação. Estes foram aspetos que desenvolvi todos os dias com as pessoas e famílias a quem prestei cuidados especializados, e que considero serem fundamentais para a perceção de um ambiente seguro de cuidados pelas próprias.

Ainda no sentido da resposta a este objetivo, considero que o ensino informal que efetuei a utentes e cuidadores formais e informais contribuiu para garantir a sua segurança e prevenir riscos associados aos cuidados. Durante a minha prestação de cuidados nos contextos clínicos procurei incluir sempre esta vertente educacional, fornecendo informação e adequando o ensino aos utentes e cuidadores, de acordo com as suas características pessoais e objetivos do processo de reabilitação. Desta forma, efetuei ensino sobre assuntos vários, como gestão da doença, hábitos e

comportamentos saudáveis, gestão de energia, cuidados de posicionamentos, uso de dispositivos de auxílio e ajudas técnicas e de prevenção de riscos vários - quedas, aspiração alimentar, úlceras de pressão, lesões musculó-esqueléticas nos cuidadores e exaustão ou depressão nos doentes e cuidadores.

Para terminar este assunto, incluo também neste objetivo o respeito pela privacidade do cliente e o uso das medidas *standard* de prevenção e controlo de infeção, utilizando os equipamentos de proteção universal e respeitando a sinalética do uso de equipamentos protetores.

O domínio da gestão dos cuidados reflete as ações que contribuem para a otimização da resposta da equipa de saúde, que melhoram a articulação entre prestadores de cuidados de saúde, e que garantem a segurança e qualidade das atividades delegadas (OE, 2010a). Neste âmbito, desenvolvi como objetivos específicos os seguintes:

- **Colaborar ao nível das tomadas de decisão, inserida nas equipas multiprofissionais, no sentido da otimização do processo de cuidados.**
- **Garantir a segurança e qualidade das atividades delegadas, através da orientação e supervisão.**

A gestão dos cuidados é um aspeto que se encontra preconizado neste domínio de competência, e em contexto clínico pude presenciar o desempenho do EEER no âmbito da gestão de equipas, de pares profissionais e da qualidade dos cuidados. A equipa multidisciplinar da UCC é coordenada por um dos EEER, e os outros EEER desempenham, para além da prestação de cuidados especializados, funções de gestão, de formação de pares e de prestadores formais de cuidados, assim como integram projetos comunitários de promoção da saúde. Além destes aspetos, o EEER é muitas vezes o elo de ligação dos utentes com a restante equipa, pois na sua prática de cuidados torna-se naturalmente o elemento mais bem colocado para o fazer e para gerir todo o processo de cuidados.

No sentido de dar resposta a este objetivo, durante a prática clínica considero que colaborei nas decisões e nas intervenções desenvolvidas pelas equipas dos contextos, contribuindo com o meu conhecimento especializado para as tomadas de

decisão e para a otimização do cuidar. Sempre que possível, contribui com informação pertinente, de forma a adequar cuidados e a melhorar as respostas da equipa de saúde. Em cada contexto, realizei também os registos específicos necessários para assegurar a continuidade de cuidados de reabilitação e interprofissionais. No contexto comunitário, participei nas reuniões da equipa multidisciplinar, que se realizavam quinzenalmente para a discussão dos processos de cuidados dos utentes acompanhados.

Em relação ao assunto da continuidade de cuidados, na prática de cuidados neste contexto comunitário tive a perceção de que o EEER experiencia alguma dificuldade de comunicação com as equipas dos contextos hospitalares, quando pretende explorar alguma informação pertinente ou encaminhar algum utente que entende necessitar de reavaliação especializada. Ora, sendo a realidade do meu desempenho profissional a hospitalar, vejo no meu contexto específico que alguns dos meus pares profissionais ainda manifestam algum desconhecimento sobre os recursos comunitários que irão assegurar a continuidade de cuidados. Este desconhecimento manifesta-se sobretudo sobre o âmbito de intervenção da RNCCI e sobre os critérios que devem justificar uma referenciação, como prevenir o agravamento em situações de perda de autonomia e atuar sobre a capacidade funcional, reabilitando e promovendo a reinserção social (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

No meu contexto de trabalho houve uma iniciativa para aproximar as equipas comunitárias do hospital, sendo que a EGA tem elementos de referência a quem os colegas da comunidade se podem dirigir. No entanto, o contacto telefónico é quase sempre substituído pelo correio eletrónico o que, na minha opinião, não contribui para a criação de relações de proximidade e informalidade entre profissionais de diferentes contextos, tantas vezes necessária para relativizar barreiras e agilizar caminhos na prática.

Tendo esta experiência de um contexto comunitário e a minha própria de contexto profissional, penso que retirei contributos das duas para modificar a minha prática de cuidados diários. Desta forma, quando tive que referenciar um utente que se encontrava no meu contexto hospitalar para a equipa do contexto comunitário, procurei compilar em registo escrito toda a informação necessária para assegurar a continuidade de cuidados de enfermagem gerais e de cuidados especializados de

reabilitação, nomeadamente a nível de alterações da funcionalidade motora e suas necessidades de reeducação e otimização de funções. Para além disto, forneci um contato telefónico direto para agilizar a comunicação entre equipas em caso de necessidade (o que se verificou), e de forma a assegurar que este utente se mantivesse no seu domicílio com cuidados de qualidade e ajustados às suas necessidades.

Desta forma, considero que todas estas vivências me demonstraram a importância da existência de um elemento de referência como facilitador do processo de transição de cuidados entre contextos de saúde, que seja gestor do processo desde o contexto hospitalar até ao regresso efetivo ao ambiente social do utente.

Em relação ao objetivo de garantir a segurança e qualidade das atividades delegadas, considero que efetuei o seu cumprimento nos vários momentos formativos que realizei a utentes e cuidadores formais e informais.

A delegação implica transferir para alguém competente a autoridade de realizar uma determinada tarefa de Enfermagem. O ato de delegar encontra-se diretamente relacionado com uma tomada de decisão, que é baseada em aspetos como a avaliação da situação, as necessidades do cliente, os recursos disponíveis, a natureza da tarefa, as implicações para o cliente e conviventes e a aceitação de responsabilidade pelas partes. Para além disso, delegar implica dar orientações claras, supervisionar o resultado, avaliar o desempenho da tarefa e reajustar o plano de cuidados, se necessário (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Tendo em conta os fatores supracitados, considero que realizei atividades no âmbito da delegação responsável e segura. Neste sentido, efetuei a avaliação da necessidade de delegação da atividade, a demonstração prática da atividade a delegar, e posteriormente a supervisão e a avaliação desta, no sentido da manutenção da qualidade e da segurança dos cuidados. A formação sobre posicionamentos direcionada a ajudantes familiares, o ensino a um familiar cuidador sobre cuidados a colostomia e o uso de dispositivos auxiliares de marcha e de dispositivos inalatórios, são exemplos de atividades que deleguei a utentes e cuidadores.

Por último, as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais pretendem demonstrar a capacidade de auto conhecimento e de basear a prática clínica no conhecimento de Enfermagem e na investigação (OE, 2010a). Para o desenvolvimento de competências neste domínio criei os seguintes objetivos específicos:

- **Favorecer as aprendizagens nos contextos de trabalho, com vista ao desenvolvimento de competências profissionais.**
- **Suportar os cuidados no corpo de conhecimentos específicos da profissão, da especialidade e na evidência científica.**

Ao refletir sobre estes objetivos, considero que os procurei desenvolver e aplicar em todas as atividades que realizei nos contextos de estágio. Todos os dias procurei identificar as oportunidades formativas que as experiências dos contextos me proporcionavam, em termos de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação. Além disso, procurei diversificar as aprendizagens proporcionadas pelos contextos clínicos e pelas características dos utentes, rentabilizando as experiências de forma a desenvolver a minha habilidade e destreza na realização de cuidados especializados, como é preconizado no regulamento da OE (OE, 2010a).

Os contextos da prática proporcionaram-me o contato com utentes com características e necessidades diversas, e por isso realizei cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio e em ambiente hospitalar, a pessoas de diferentes faixas etárias, com diferentes incapacidades funcionais e necessidades reabilitativas. Também procurei aprendizagens que correspondessem aos objetivos do projeto, mas não desperdicei outras experiências, que me trouxeram sempre contributos para o meu processo de desenvolvimento de competências.

Neste sentido, procurei situações complexas que me ajudassem a refletir sobre o processo de reabilitação e a pertinência das intervenções efetuadas, e das quais retirasse novas aprendizagens. O processo reflexivo sobre a prática de cuidados ajudou-me a identificar necessidades de desenvolvimento pessoal e a efetuar escolhas pertinentes no sentido do favorecimento das aprendizagens.

O referencial teórico de enfermagem de Betty Neuman, que utilizei na planificação dos cuidados de enfermagem especializados, ajudou-me a melhor compreender e aplicar na prática o processo de cuidados em Enfermagem de Reabilitação.

Por fim, utilizei a pesquisa bibliográfica e as tecnologias de informação para aprofundar conhecimentos teóricos específicos da especialidade, utilizando a evidência científica para justificar e melhorar a prática de cuidados especializados, realizando e demonstrando atividades competentes nesse sentido.

1.2. No âmbito das Competências Específicas do EEER

Com a finalidade de desenvolver as competências específicas do EEER que se encontram descritas em regulamento próprio, assim como de dar resposta à problemática do projeto de formação, estabeleci alguns objetivos específicos.

Os próximos objetivos foram baseados na primeira competência específica do EEER descrita no Regulamento da OE, “Cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;” (OE 2010b, p.2). Esta prevê a ação do EEER na identificação de necessidades de intervenção especializada e na conceção, implementação e avaliação de planos em pessoas com alteração da funcionalidade que determinam limitações da atividade e incapacidades, tendo em vista a reintegração e a participação social. Deste modo, neste âmbito de competências defini os seguintes objetivos:

- . Desenvolver competências de intervenção para a reabilitação da pessoa em diferentes contextos da prática de cuidados.**
- . Identificar alterações funcionais específicas na pessoa alvo dos cuidados, nomeadamente a nível respiratório e sensório-motor.**
- . Desenvolver cuidados que promovam a reeducação e otimização das funções alteradas, na pessoa alvo dos cuidados de reabilitação.**

Os contextos de prática clínica permitiram-me a prestação de cuidados a pessoas em idade adulta e idosos, com doença aguda e crónica, nas fases de estabilização e de agudização sintomática, e com doença oncológica em fase paliativa e em fase de tratamento. A prática de cuidados fez-me compreender que as necessidades específicas de cuidados de reabilitação são diversas, tornando-se necessário considerar aspetos como a idade, a condição de saúde e a natureza temporária ou permanente das alterações funcionais que condicionam as restrições de atividade e a participação social, assim como as características do próprio meio social.

Na identificação de necessidades de intervenção dos cuidados especializados de reabilitação estão sempre inerentes a sua dimensão ética, profissional e legal, com observância pelos princípios éticos e normas deontológicas da profissão. No exercício da prática de Enfermagem, nomeadamente especializada, é assumido o dever do respeito pelos valores humanos, considerando o dever de informação e o direito ao consentimento informado (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Do mesmo modo, o processo de reabilitação deve ser guiado pelo estabelecimento de objetivos mútuos. Estes objetivos devem ser relevantes para o doente e para o EEER, e é na sua definição negociada que se começa a desenvolver a relação de parceria. Os objetivos estabelecidos devem procurar maximizar a autodeterminação, restaurar a funcionalidade e otimizar as escolhas dos estilos de vida. Devem ser atingíveis e realistas, sob pena de se tornarem fatores de *stress* para a pessoa, e de forma a promoverem a esperança e a motivação (Pryor, 2011).

A minha ação na prática clínica foi baseada nos princípios éticos e deontológicos previstos no código deontológico profissional, promovendo a escolha livre e informada sobre as ações que poderiam ser desenvolvidas no processo de reabilitação e sobre o caminho que este tomava, apoiada na certeza de que a forma mais eficaz de obter resultados satisfatórios no processo reabilitativo seria através da parceria e da partilha de responsabilidades e de informação, de forma a promover o *empowerment*.

Neste sentido, efetuei o estabelecimento inicial dos objetivos dos cuidados de reabilitação através de dois pilares, a minha avaliação das necessidades de intervenção sobre as capacidades funcionais, e a percepção da pessoa e/ou dos seus familiares sobre as próprias necessidades, apoiando-me no processo de cuidados de Neuman para a sua operacionalização na prática, visto que este enquadra estes aspetos da parceria na relação de cuidados.

No planeamento dos meus cuidados de ER, considerei os aspetos psicossociais que podem interferir nos processos adaptativos e transicionais para a situação de doença e incapacidade² (OE, 2010b). Deste modo, compreendi que devo considerar todos os fatores implicados nestes processos, que se podem constituir como facilitadores ou inibidores, como as variáveis pessoais³, a percepção dos fatores causadores de *stress* e o grau de eficácia dos processos de *coping*⁴.

A percepção pessoal em relação à doença e à incapacidade advém da avaliação cognitiva que é feita em relação a um evento. Este pode ser considerado irrelevante ou causador de dano e perda, ameaçador ou constituir-se como um desafio. Os recursos pessoais, as crenças e expectativas, os *locus* de controlo, assim como as pressões e exigências ambientais, são fatores documentados que afetam esta percepção cognitiva e contribuem para estratégias de *coping* e adaptação mais ou menos eficazes (Pryor, 2011). Se tiver presente estes fatores, o EEER pode atuar no sentido da promoção do *coping* eficaz, e com isso contribuir de forma positiva para o processo de reabilitação. A promoção da comunicação eficaz e a redefinição das estratégias de *coping*, a educação do doente, a promoção do conforto psicológico, a gestão da crise e do risco, os sistemas de apoio sociais e a criação de ambientes terapêuticos e seguros são fatores considerados promotores de *coping* eficaz (Pryor, 2011).

Sendo a família e o cuidador parceiros ativos no processo de reabilitação, procurei efetuar a sua inclusão nos cuidados, considerando-a um alvo dos cuidados

² Sendo a incapacidade o resultado de uma interação negativa entre funções e estruturas do corpo e o desempenho de tarefas vitais para a atividade e participação social (Organização Mundial da Saúde, 2004).

³ Segundo a Teoria dos Sistemas de Neuman, são cinco as variáveis do sistema do cliente – fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Neuman, 2011).

⁴ Sendo o *coping* definido como o “ (...) mediador poderoso do resultado emocional de uma situação geradora de stresse” (Lazarus 1999, citado por Pryor 2011, p.471).

especializados e ao mesmo tempo um parceiro. De acordo com Hesbeen (2003): “Os próximos do doente incluem-se no grupo de actores não profissionais da equipa e são eles próprios abrangidos pelo processo de reabilitação” (p.65).

A intervenção do EEER é essencial na coordenação e liderança do processo de preparação e suporte dos cuidadores informais, que exige sensibilidade para compreender as expectativas e as necessidades de ambos, mas também os efeitos indesejáveis que se podem gerar, considerados negativos para o processo de reabilitação (Jester, 2007; Pryor 2011). Sobre este ponto, acrescento que o EEER detém as competências especializadas que, associadas à presença constante junto do doente e família, o colocam numa posição privilegiada para conduzir os processos de transição e de adaptação.

Desta forma, ser cuidador informal e manter esse papel é um aspeto que deve ser discutido frontalmente com a pessoa alvo dos cuidados e com a pessoa que irá cumprir esse papel. O tempo previsto de desempenho desse papel deve ser programado, a trajetória de doença do seu familiar deve ser discutida, a experiência para o papel deve ser avaliada, deve ser preparado para o papel em termos educacionais e o seu nível de desempenho deve ser reavaliado periodicamente (Jester, 2007).

Um prestador de cuidados positivamente envolvido no processo de reabilitação aprende a colaborar nos cuidados, desempenha-os de forma competente e tem um papel ativo, sendo um importante elemento motivador da pessoa com doença ou incapacidade (Pryor,2011). Por outro lado, não se deve assumir que um familiar terá sempre a capacidade para se tornar num cuidador competente, visto que a natureza do papel pode envolver a realização de tarefas íntimas como a higiene e o cuidar do corpo do outro, física e emocionalmente desgastantes e que podem não ser confortáveis para o familiar (Jester, 2007). Sobre este assunto, há também a considerar o fato de que a presença e implicação de familiares ou próximos nos cuidados pode não ser aceite pela pessoa alvo dos cuidados, podendo gerar sentimentos de inferioridade ou infantilização (Hesbeen, 2003).

Na nossa realidade dos cuidados em saúde, constatei que o papel de cuidador é assumido por familiares próximos como esposos, filhos ou netos, e que o sentido

do dever e a responsabilidade de cuidar dos seus elementos é muitas vezes o elemento decisor para a assunção do papel. Na prática clínica em contexto comunitário, pude presenciar como a presença da pessoa com limitação da atividade e incapacidade afeta a dinâmica familiar e as suas relações. Este aspeto vai de encontro à ideia de Jester (2007), que refere serem reconhecidas fontes de *stress* para o cuidador as limitações pessoais e as constantes exigências físicas e emocionais que o papel implica. Ao verificar na prática como o cuidador muitas vezes prescinde da realização de atividades laborais ou de lazer e o dia-a-dia facilmente se centra na pessoa a cuidar, percebi como se torna importante o apoio dos outros membros e da equipa multidisciplinar para a manutenção do seu papel de forma eficaz.

Assim, o sistema familiar surge necessariamente afetado pela doença ou incapacidade de um dos seus membros, e é pressionado socialmente pela necessidade de se assumir como cuidador, no regresso da pessoa à comunidade. O *deficit* de recursos para gerir a situação, assim como a falta de conhecimento sobre os cuidados, pode gerar grande *stress*, dificultando a identificação dos recursos e forças necessários para o ajuste à nova situação. Estratégias de *coping* familiar não eficazes são identificadas através de negligência ou negação dos cuidados ao doente, dos deveres familiares e das responsabilidades, assim como do aparecimento de conflitos relacionais latentes. Com a continuidade da situação, alguns prestadores de cuidados acabam por sofrer de fadiga crónica e depressão e podem apresentar comportamentos de tristeza, impaciência, angústia, ou negação das próprias necessidades (Jester, 2011).

Nos cuidados desenvolvidos para o desenvolvimento de competências de EEER, em contexto comunitário, contatei com cuidadores e famílias que considerei terem estratégias de *coping* eficaz na resposta à situação de doença e dependência do seu familiar, por apresentarem papéis definidos e uma estrutura de cuidados bem organizada. Mas também tive contato com famílias e cuidadores com sinais de desgaste físico e emocional, que manifestavam necessidade de suporte emocional, assim como necessidades educacionais relacionadas com a gestão da doença crónica e avançada. Sempre que necessário, procurei providenciar apoio psicológico nos meus contatos com as pessoas e os cuidadores, e promover quando necessário

o encaminhamento para ajuda mais especializada, visto que a equipa multidisciplinar da comunidade tem na sua formação uma psicóloga.

Na minha intervenção com uma família em particular neste contexto comunitário, procurei criar uma relação de confiança e empatia com os cuidadores, de forma a facilitar a verbalização de dificuldades e emoções. Além disso, procurei suprir as necessidades educacionais que identifiquei através do ensino informal de técnicas e da utilização de ajudas técnicas, de forma a desenvolver estratégias facilitadoras do cuidar.

Desta forma, percebi pela conjugação de informação teórica com a prática clínica, que a intervenção para a reabilitação da pessoa em diferentes contextos deve incluir no seu plano de cuidados especializados a perceção dos fatores de *stress* e estratégias de *coping* pela pessoa, pelo cuidador e/ou família, a sua avaliação pessoal das próprias necessidades e a minha própria avaliação destes fatores (incluindo a avaliação de riscos ou alterações instaladas), a vertente de formação ao doente e família e as características dos meios sociais e dos contextos. Neste último ponto refiro as condições habitacionais e as condições económicas, o acesso aos cuidados de saúde e a existência de apoio por equipas multidisciplinares na continuidade dos cuidados.

Em relação ao segundo objetivo por mim delineado, que diz respeito à identificação de alterações funcionais específicas na pessoa alvo de cuidados, concretizei-o através da utilização de parâmetros de avaliação fornecidos por escalas específicas e de exames físicos e neurológicos, que me permitiram identificar necessidades de intervenção. A avaliação funcional efetuada com base em medidas objetivas contribui grandemente para o planeamento dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e para a atuação da equipa multidisciplinar, pois permite fornecer informação inicial e continuada sobre as funções, de forma a identificar necessidades de atuação, estratégias de intervenção, e resultados esperados (Kelly-Hayes & Phipps, 2011).

A partir destas avaliações de funcionalidade, defini diagnósticos de intervenção de EEER, apoiando-me na nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011). Posteriormente, desenvolvi planos de cuidados baseados na estrutura de Betty Neuman dos três níveis de intervenção, em parceria com a pessoa e sua família. Posteriormente, implementei intervenções e monitorizei os seus resultados sempre que me foi possível, tendo em conta as limitações temporais desta prática clínica e dos próprios contextos de cuidados (alguns dos planos de cuidados podem ser consultados nos Apêndices III e IV).

Por uma questão de facilidade de leitura textual, opto por adicionar a este objetivo as atividades referentes ao terceiro objetivo, que se refere ao desenvolvimento de cuidados que promovam a reeducação e otimização das funções alteradas na pessoa alvo dos cuidados, e efetuo a descrição e análise em termos de níveis funcionais.

Deste modo, a nível da avaliação das funções neurológicas, efetuei a apreciação de dois utentes do contexto comunitário através da estrutura definida do exame neurológico, que avalia estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha (Menoita, 2012). Assim, utilizei a Escala de *Glasgow* para avaliar o estado de consciência e o *mini mental state examination* (MMSE) para avaliar parâmetros como a orientação, a atenção, a memória e a linguagem. Para a avaliação da motricidade por cada segmento e movimento corporal utilizei a Escala de *Lower*, e na avaliação do tônus muscular a escala modificada de *Ashworth* (ver Apêndice III). No entanto, devo salvaguardar que houve alguns parâmetros do exame neurológico que não consegui realizar, pela falta de colaboração dos utentes, pela morosidade de realização e por ausência de material para o fazer.

Ainda no âmbito das alterações de funcionalidade sensoriomotora, verifiquei o efeito de doenças neurológicas como o acidente vascular cerebral (AVC) e o glioma maligno nas capacidades funcionais, em utentes do contexto comunitário. Pude observar a existência de hemiparesia e alteração do tônus muscular, com padrão espástico instalado no hemicorpo afetado, e alteração do equilíbrio e postura

corporal. Associadas a estas alterações, verifiquei também a existência de alterações da comunicação (disartria) e da função alimentar.

Ainda no contexto comunitário, pude constatar o efeito da imobilidade física associada ao processo de envelhecimento natural ou à instalação de patologia neurológica, e as suas consequências sistêmicas. A imobilidade prolongada está associada a atrofia muscular, aderências articulares e anquiloses, osteoporose, ao aumento do catabolismo, a estase urinária e consequente aumento do risco de infecção, a privação cognitiva e sensorial, entre outras consequências (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013). Além disso, em termos respiratórios a imobilidade física leva a incapacidade de expandir completamente a caixa torácica e o pulmão e a acumulação de secreções, fatores que concorrem para a instalação de atelectasias e de pneumonia de estase (Scanlan, Wilkins & Stoller, 2009, citados por OE, 2013).

Na reeducação e otimização da função sensoriomotora, planeei e desenvolvi intervenções em utentes do contexto comunitário que apresentavam alterações a este nível, no sentido de manter e melhorar a força muscular e a amplitude articular, estimular a sensibilidade propriocetiva, inibir a espasticidade e facilitar as atividades na cama, o equilíbrio e o levantar (Menoita, 2012), adaptando as intervenções aos objetivos de cada um.

As intervenções de reabilitação neste âmbito incluíram mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas dos membros superiores e inferiores, de acordo com as capacidades, necessidade e tolerância da pessoa. Numa utente com AVC, realizei posicionamentos no leito em padrão anti-espástico, de forma a reduzir o desenvolvimento da espasticidade e a prevenir as alterações musculo-esqueléticas associadas, proporcionar conforto, manter a integridade cutânea e ajudar a pessoa a integrar o seu esquema corporal. Ainda no sentido de treinar força muscular, estimular a sensibilidade e preparar para o levantar e transferência, promovi com os utentes a realização de atividades terapêuticas no leito, como o rolar na cama, a facilitação cruzada, os exercícios de automobilização e de carga no cotovelo e os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico em posição sentado (Menoita, 2012).

Sempre que apresentava benefício para a pessoa, estimei a transferência e o levantar para a cadeira, tendo em conta o lado afetado e a disposição dos elementos

no ambiente, e promovi com a família e o doente a compreensão dos benefícios do levantar em termos sistémicos e na sua relação com o estado anímico e com a participação da pessoa no seu processo de reabilitação.

Ainda no âmbito sensório-motor, com um utente em particular deste contexto comunitário, efetuei exercícios de treino da motricidade fina e da coordenação motora, como bater palmas, levantar as mãos alternadamente ou tocar no nariz e testa. E como este também apresentava disartria, procurei aumentar a força da musculatura oral e melhorar a qualidade da voz e da articulação das palavras, através de exercícios de reeducação da musculatura facial e do uso de técnicas para melhorar a qualidade do discurso, como incentivar o uso da fala de forma calma, pausada e com frases curtas e encorajar a comunicação verbal, dando tempo à pessoa para se expressar (Menoita, 2012).

Com os cuidadores, treinei posicionamentos corretos, técnicas de transferência, e demonstrei o benefício do uso de ajudas técnicas, assim como a necessidade de adequação dos dispositivos às características da pessoa. Numa situação de um utente em particular, que possuía uma cadeira de rodas de tamanho desadequado à sua condição física, percebi como os condicionantes financeiros e culturais podem desencorajar ou condicionar o seu uso pela pessoa e família, e como a apresentação de estratégias de resolução pode ser importante para modificar esta situação.

Tendo em conta que a repetição continuada de movimentos e o esforço físico associado ao cuidador pode ser o responsável pela instalação de lesões musculoesqueléticas, promovi com os cuidadores momentos de ensino de técnicas simples preventivas, como o planeamento dos movimentos, o aumento da base de sustentação, fletir os joelhos e colocar a força nos músculos abdominais e nos membros inferiores, utilizar os membros superiores como alavancas e mantê-los junto ao tronco, colocar a pessoa o mais próximo possível do nosso corpo no levantar, assim como puxar e deslizar em vez de empurrar e elevar (OE, 2013). Sobre estes aspetos da ergonomia, considerei com um cuidador em particular a altura da cama, a elevação da cabeceira e a existência de apoios laterais, de forma a facilitar a realização de cuidados e a participação da pessoa nos mesmos.

Em termos da funcionalidade alimentar, efetuei a avaliação da capacidade de deglutição e consequente presença de disfagia num doente com sequelas de AVC, no seu domicílio. Para tal considerei as possíveis causas da disfagia relacionadas com o AVC, como alterações da atenção, coordenação, e diminuição da força muscular, tônus e/ou sensibilidade dos músculos da face, mandíbula e língua (Menoita, 2012). De seguida, avaliei o controlo da cabeça em posição de sentado, a simetria da face e da cavidade oral, o aspeto das mucosas orais e língua, a capacidade de fechar os lábios e a existência ou ausência de peças ou prótese dentárias. Complementarmente, utilizei a avaliação dos pares cranianos implicados na mastigação e deglutição (V, VII, IX, X, XI e XII) De seguida, realizei um teste de deglutição com água e procurei sinais evidentes de aspiração, como tosse, lacrimejo, rubor facial e regurgitamento nasal (Glenn-Molali, 2011; Menoita, 2012).

As atividades de reeducação desta funcionalidade foram efetuadas em utentes do contexto comunitário. As minhas ações foram dirigidas a estes e aos seus cuidadores, pela sua participação ativa na atividade de alimentação da pessoa. Deste modo, consciencializei os cuidadores sobre o risco de aspiração associado à alimentação, devido à presença de disfagia, informando sobre a necessidade de implementar e manter medidas preventivas de aspiração, como o posicionamento em posição sentada, o uso de aditivos espessantes, a adequação da consistência e da quantidade dos alimentos, e o uso de manobras compensatórias facilitadoras da deglutição. Por outro lado, desmistifiquei as suas ideias sobre a disfagia, nomeadamente sobre a sua existência como sendo de causa neuromuscular e não por questões de personalidade ou recusa alimentar. No mesmo âmbito, instruí os cuidadores sobre os sinais de aspiração, a vigilância do estado de consciência e da existência e consistência de secreções para detetarem precocemente sintomas de pneumonia de aspiração. Aos utentes, efetuei exercícios orais e faciais para aumentar a resistência muscular e estimular a reaprendizagem funcional, assim como cinesiterapia respiratória, de forma a prevenir complicações ou diminuir o seu impacto (Glenn-Molali, 2011; Menoita, 2012).

Para a avaliação da função respiratória, baseei-me na informação disponível em cada contexto clínico. Assim, em contexto comunitário utilizei informação recolhida através do exame objetivo da pessoa, focando-me no ritmo, frequência e

padrão respiratório e na auscultação pulmonar para a diferenciação dos sons pulmonares. Neste sentido, desenvolvi competências no sentido da distinção dos sons respiratórios normais e nos ruídos adventícios, como roncos, sibilos, ferveores, crepitações e atritos pleurais (Menoita &Cordeiro, 2012a).

Em contexto hospitalar, utilizei exames auxiliares de diagnóstico e escalas específicas de avaliação, como os resultados de provas de esforço, de provas de marcha de seis minutos, a escala de *Borg* de avaliação de dispneia e a escala de avaliação de qualidade de vida de St. George. Também neste contexto, desenvolvi aptidões de auscultação pulmonar e de visualização, leitura e interpretação imagiológica de radiografia de tórax e de tomografia axial computadorizada, no sentido da deteção de alterações características da doença respiratória e de complicações instaladas, como pneumonias, derrames pleurais e atelectasias.

No âmbito da reeducação desta funcionalidade, implementei e realizei planos de reeducação funcional respiratória, adaptados à situação clínica da pessoa, às suas comorbilidades, à sua capacidade de colaboração no plano e considerando as contraindicações existentes. Desta forma, efetuei cuidados especializados de reabilitação respiratória a pessoas com pneumonias, derrames pleurais de causas várias (cirúrgicas ou não), atelectasias e hipoxemia, em contexto de doença crónica descompensada, em episódio de doença aguda, em contexto cirúrgico e de cuidados intensivos com suporte ventilatório invasivo, ou para a otimização da função respiratória e prevenção de complicações. Os planos de reabilitação respiratória foram efetuados a pessoas de ambos os contextos da prática clínica, sendo a maioria no contexto hospitalar, pelas características organizacionais inerentes ao mesmo.

Nas minhas sessões de reeducação funcional respiratória comecei por ensinar à pessoa a posição de descanso e relaxamento e a consciencialização e controle dos tempos respiratórios. Segundo Heitor et al. (1988) e Menoita &Cordeiro (2012b), a tomada de consciência da respiração e o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, inspirando pelo nariz e expirando com lábios semicerrados pela boca, permite reduzir a tensão psíquica e muscular dos músculos torácicos e da região escapulo-umeral, e de fato pude constatar-lo na prática.

Consoante o objetivo estipulado para o plano de RFR e a capacidade de colaboração do doente, selecionei e realizei técnicas de reeducação abdomino-diafragmática e de reeducação costal global e seletiva, em posição sentado ou deitado e com o auxílio do bastão, que permitiram prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e melhorar a ventilação alveolar (Heitor et al.,1988). Nestes exercícios tive em atenção o cumprimento do posicionamento corporal correto para a sua eficácia, assim como o ensino necessário à pessoa para a tornar autónoma e participante no seu plano de reabilitação respiratória.

Face à necessidade de limpeza e drenagem de secreções para a permeabilização das vias aéreas em alguns utentes, associei aos exercícios a realização de manobras acessórias de percussão, vibração e compressão, e a aspiração de secreções quando necessário, tendo sempre em conta a existência de contraindicações para o seu uso. Além das manobras acessórias, utilizei também a drenagem postural para facilitar a progressão das secreções, e neste âmbito pude verificar que a drenagem postural clássica era geralmente tolerada por pessoas jovens, mas em muitos dos utentes era contraindicada ou mal tolerada. Tendo em conta as suas características, utilizei então a drenagem postural modificada, de acordo com o que referem Heitor et al. (1988).

Ainda no âmbito da higiene brônquica, realizei ensino sobre a técnica da tosse dirigida e assistida para facilitar a expulsão de secreções, assim como a combinação de técnicas com o ciclo ativo de técnicas respiratórias (CATR), que agrupa controlo respiratório, exercícios de expansão torácica e a técnica de expiração forçada ou “*huffing*”. Ainda neste sentido, em contexto hospitalar tive oportunidade de manipular e estudar as técnicas de utilização de dois dispositivos de ajuda para a mobilização de secreções profundas através de pressão expiratória positiva, o *flutter* e a *acapella*. Contatei ainda com dispositivos nebulizadores usados em doentes com fibrose quística, de administração de aerossol e antibioterapia inalada.

A utilização do espirómetro de incentivo em utentes a cumprir RFR foi outra atividade que desenvolvi no contexto hospitalar. Este dispositivo tem como objetivo a reexpansão pulmonar, com consequente melhoria dos volumes inspiratórios, da capacidade ventilatória e dos músculos respiratórios. Por este motivo, o seu uso é indicado na prevenção de complicações pós-operatórias de cirurgias torácicas e abdominais, na redução de atelectasias e no tratamento de patologias que

beneficiem com a melhoria da expansão pulmonar, como pneumonias (Menoita &Cordeiro, 2012b). Deste modo, introduzi a utilização do espirômetro de incentivo em vários dos programas de RFR, tendo ensinado, treinado e validado com a pessoa o seu uso. Também pude comprovar que a sua utilização é preconizada no pós-operatório do doente submetido a cirurgia abdominal, no contexto hospitalar onde realizei a minha prática clínica.

Para terminar este objetivo, refiro também o treino específico de músculos respiratórios. Neste âmbito, tive oportunidade de conhecer e verificar o uso do *threshold*, um dispositivo usado para este fim e que permite regular o nível de resistência inspiratória. Este dispositivo também existe em modalidade expiratória, com o objetivo de mobilizar secreções e permeabilizar as vias aéreas, sendo de funcionamento semelhante ao *flutter* e à *acapella*, mas permitindo regular no mesmo aparelho diferentes graus de resistência expiratória.

Ainda dentro do âmbito da competência específica do EEER “cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2010b), e para a operacionalização do meu projeto de formação, defini os seguintes objetivos:

- . Desenvolver competências de intervenção para a reabilitação da pessoa submetida a cirurgia, com ênfase na cirurgia abdominal.**
- . Identificar as alterações específicas de âmbito respiratório na pessoa submetida a cirurgia abdominal.**
- . Desenvolver cuidados que promovam a otimização e/ou reeducação da função respiratória da pessoa submetida a cirurgia abdominal, em todo o período peri-operatório.**

O desenvolvimento de competências de intervenção para a reabilitação da pessoa submetida a cirurgia, enfatizando a abdominal, implicou compreender a importância de todas as fases peri-operatórias para o plano de reabilitação da

pessoa, e desenvolver atividades nesse sentido, no contexto hospitalar da prática clínica.

A melhoria da função respiratória, através de exercícios específicos de reeducação funcional respiratória, contribui para a diminuição da ocorrência de complicações respiratórias associadas ao ato cirúrgico, como as pneumonias, as atelectasias, o derrame pleural e a hipoxemia, e por isso a sua realização deverá ser sistematizada (Isaías et al., 2012).

Assim, compreendi que a prevenção primária é de suma importância para a pessoa submetida a cirurgia, pelo que a intervenção do EEER se deve iniciar logo no período pré-cirúrgico, de acordo com a avaliação das características pessoais e dos fatores de risco pessoais e relacionados com o procedimento cirúrgico. Por outro lado, compreendi que a intervenção antecipada do EEER permite construir a relação de confiança e parceria que se assume como essencial para capacitar a pessoa para a participação ativa no seu plano de cuidados, tornando-se parte integrante da equipa e não apenas o alvo dos cuidados. A pessoa focaliza-se no desempenho das funções que terá que desempenhar para a resolução com sucesso do seu problema de saúde, aumentando a sua adesão e centrando a sua atenção nas novas aprendizagens, o que contribui para reduzir a sua ansiedade e para a construção de um ambiente seguro e terapêutico para os cuidados (Heitor et al., 1988; Isaías et al., 2012).

Esta forma de atuação enquadra-se no nível de prevenção primária do Modelo de Sistemas de Neuman, que se centra no fortalecimento das linhas de defesa flexíveis da pessoa e na redução dos *stressores*, cuja reação pessoal a estes está na origem da instalação de complicações (Freese, 2004; Neuman, 2011). Tendo por base este enquadramento conceptual, focalizei a minha atuação na construção da relação de confiança e no ensino à pessoa no período pré-operatório. Logo, esclareci dúvidas dentro do meu âmbito profissional e realizei ensino sobre posicionamentos e transferências seguras, contenção da sutura operatória na tosse e esforço, no ensino da tosse dirigida e para controlo alérgico. Além disso, realizei ensinamentos sobre exercícios específicos de reeducação funcional respiratória - como a posição de descanso e relaxamento, a consciencialização, o controlo e a dissociação dos tempos respiratórios, a respiração abdomino-diafragmática e alguns exercícios de reeducação diafragmática e de reeducação costal.

Da mesma forma, tendo como objetivo melhorar a função pulmonar, na pessoa previamente identificada com risco cirúrgico, planeei e executei planos de reeducação funcional respiratória, com objetivos de expansão pulmonar, treino respiratório, drenagem de secreções e limpeza das vias aéreas.

Neste contexto hospitalar de prática clínica, pude identificar a ocorrência de complicações respiratórias em doentes submetidos a cirurgias abdominais, esofágicas e gastrointestinais, constatando que as complicações mais comuns, que apelavam à intervenção no âmbito da reabilitação respiratória, foram derrames pleurais, pneumonias e hipoxemias.

Nesta fase pós-operatória, a minha intervenção foi direcionada ao tratamento da sintomatologia e à melhoria e recuperação da função respiratória. Desta forma, baseei-me na avaliação da funcionalidade respiratória (já descrito no objetivo anterior), para direcionar a minha intervenção neste âmbito.

Em casos de diagnóstico de hipoxemia, promovi a expansão torácica através de exercícios de reeducação costal global e seletiva, de forma a melhorar a distribuição e ventilação alveolar (Menoita &Cordeiro, 2012b). Como dispositivos acessórios, utilizei sempre que pertinente o espirómetro de incentivo, de forma a aumentar os volumes inspiratórios.

Nas pessoas com derrame pleural diagnosticado, focalizei a minha intervenção na terapêutica de posição, ensinando a pessoa sobre o posicionamento adequado à reabsorção do derrame, que permite a libertação do seio costo-frénico, a mobilização costal ampla e a hemicúpula diafragmática em posição baixa inspiratória (Heitor et al., 1988). Neste sentido, a minha ação incidiu também sobre a realização de exercícios promotores da reeducação diafragmática e da abertura costal do hemitórax afetado. Num utente em específico, que apresentava as condições físicas necessárias para tolerar, executei a reeducação costal através do uso da roldana e incremento de pesos. Por fim, considerei também a importância da correção postural, corrigindo a posição antiálgica e os defeitos posturais através de um posicionamento adequado, da correção postural (quando possível utilizando espelho quadriculado), da mobilização da cintura escapular e da consciencialização da postura pela própria pessoa (Isaías et al., 2012).

Na pessoa em período pós-operatório, a retenção de secreções é um fator que favorece a instalação de complicações como infeção e atelectasias, assumindo-se

como causas a hipersecreção brônquica, a inibição ciliar, a imobilidade e a limitação da tosse pela dor (Heitor et al., 1988). Tendo sido muitas vezes necessário promover a permeabilização da via aérea na pessoa em período pós-operatório, devido à acumulação de secreções, utilizei com estas pessoas técnicas de tosse assistida e tosse dirigida com contenção da ferida operatória, o “*huffing*”, o CATR e a drenagem postural modificada, podendo comprovar a sua eficácia para o cumprimento deste objetivo. Também associei manobras acessórias de mobilização de secreções quando justificado, tendo sempre em conta a existência das contraindicações associadas a todas estas técnicas.

Durante a realização destas atividades no contexto hospitalar de prática clínica, em período pós-operatório, considerei e pude constatar a importância das características pessoais e das estratégias de *coping* para a gestão do processo de doença, assim como a sua influência na disposição anímica da pessoa para colaborar e participar ativamente na sua recuperação respiratória. Deste modo, considerei a importância da gestão da dor e da manutenção do conforto durante as minhas intervenções.

Tendo em conta o acima referido, considero que norteiei a minha atuação pelas linhas definidoras dos níveis de prevenção secundária de Neuman, que pretendem a restauração do sistema da pessoa através da redução da reação de *stress* e do fortalecimento das linhas de resistência internas da pessoa, com intervenções direcionadas ao tratamento dos sintomas (Freese, 2004; Neuman, 2011).

As intervenções que efetuei em contexto clínico hospitalar, e que referi anteriormente neste texto, dão também resposta ao terceiro objetivo desenvolvido para a operacionalização do projeto de formação, que diz respeito ao desenvolvimento de cuidados para a otimização e reeducação da função respiratória da pessoa submetida a cirurgia abdominal, em todo o período peri-operatório. Assim, considero que atuei neste sentido, de forma a minimizar o impacto das alterações e a capacitar para a independência funcional e reintegração social com qualidade de vida. Estes aspetos preenchem também os requisitos do nível de prevenção terciária de Neuman, direcionado para a reconstituição do sistema da pessoa, para a readaptação, reeducação para a prevenção de ocorrências futuras e para a manutenção da estabilidade.

Neste âmbito da otimização das funções e capacitação para a independência funcional, incluo também outros ensinamentos que realizei com as pessoas em contexto cirúrgico, sobre gestão e conservação de energia, posicionamentos adequados e uso de dispositivos inalatórios para utilizar no domicílio. A eficácia da terapêutica inalatória está diretamente relacionada com uma técnica correta de administração. O seu ensino deve ser efetuado em vários contatos com a pessoa que a utiliza, dando instruções repetidas ao longo do tempo, demonstrando e validando a utilização correta pela pessoa (Ferreira, 2014). Deste modo, o meu ensino incidu sobre ordem de administração, tempos adequados de pausa entre fármacos, técnica inalatória e uso correto dos dispositivos, explicando, validando e retificando a informação, nos contatos que tive com estes utentes utilizadores de terapêutica inalatória.

Quando justificado e de acordo com as características e competências pessoais da pessoa ou dos cuidadores, também instruí e construí programas simplificados de reeducação funcional respiratória, com exercícios selecionados para a pessoa realizar de forma autónoma no regresso a casa, e forneci o guia de apoio figurativo disponibilizado pelo contexto hospitalar da prática clínica, para este efeito.

Os objetivos seguintes referem-se à competência específica do EEER “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2010b), que preconiza o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares, com vista à inclusão social. Neste âmbito, defini como objetivos:

- . Desenvolver planos de intervenção que capacitem a pessoa com limitações funcionais e/ou os seus cuidadores para estratégias de adaptação que promovam a autonomia, a inclusão e a participação social.**
- . Desenvolver planos de intervenção que capacitem a pessoa submetida a cirurgia para a reintegração no seu ambiente social, maximizando a sua autonomia e qualidade de vida.**

Ao refletir sobre estes e as atividades que realizei no sentido do seu cumprimento, percebo que estes traduzem o objetivo major de todos os planos de reabilitação e dos cuidados de enfermagem de reabilitação, que é ajudar a pessoa a garantir a máxima autonomia, qualidade de vida e a reintegrar-se no seu ambiente social.

Neste espírito de atuação, e pretendendo o desenvolvimento de competências de EEER, nos contextos de prática clínica participei nos planos de intervenção multidisciplinares estabelecidos para cada pessoa e seus cuidadores, e muitas vezes planeiei e operacionalizei supervisionadamente planos específicos de ER. Durante a minha prática, compreendi como a realização do autocuidado assume importância para a pessoa e para o cuidador, e para a expressão da sua autonomia. Neste sentido, a capacitação e a parceria foram conceitos que mantive sempre presentes.

Em contexto comunitário, ensinei aos utentes e cuidadores técnicas específicas de autocuidado para a mobilização no leito e para o levante, assim como para a utilização de ajudas técnicas, de forma a promover a máxima capacidade funcional da pessoa ou a maior adaptação possível às suas limitações. Em contexto hospitalar, procurei que as minhas intervenções tivessem sempre em conta o regresso a casa com o máximo de autonomia funcional possível.

Para ilustrar o que considero ser um bom exemplo de uma intervenção multidisciplinar no sentido da capacitação da pessoa para a gestão da sua doença crónica e para a sua integração social, refiro aqui as intervenções efetuadas no âmbito de um hospital de dia do contexto hospitalar da minha prática clínica, a que tive oportunidade de assistir.

A abordagem multidisciplinar para as pessoas com esta doença crónica e progressivamente incapacitante, a fibrose quística, preconiza várias vertentes como a medicação adequada, o controlo sintomático, a RFR, a nutrição e o apoio psicológico para estas e a sua família. O âmbito de atuação do EEER foca-se na abordagem educacional sobre o cumprimento terapêutico, o correto uso dos dispositivos inaladores de medicação e o ensino sobre as técnicas de RFR que irá constituir o programa diário destes doentes. Estes são capacitados para o

realizarem no domicílio, com ênfase na limpeza eficaz das vias aéreas para a redução dos episódios infecciosos. Posteriormente, as dificuldades são avaliadas nas consultas periódicas de Enfermagem, ou são introduzidas novas informações para a gestão da doença.

Em relação aos cuidados de reabilitação direcionados à pessoa submetida a cirurgia, considero que as limitações funcionais que se estabelecem podem justificar uma amplitude de intervenções, estando estas relacionadas com o tipo de patologia que justifica a cirurgia, com o tipo de intervenção cirúrgica em si, com as complicações que se instalam, assim como com as características pessoais prévias da pessoa. Como exemplo da ideia que pretendo transmitir, considero que a pessoa submetida a cirurgia ortopédica apresentará necessariamente limitações da mobilidade, que se poderão afirmar como temporárias ou permanentes, tendo em conta a idade da pessoa, a intervenção cirúrgica e a capacidade de colaboração e de capacitação para a reabilitação. O treino do uso de ajudas técnicas será quase sempre essencial para a autonomia funcional, pelo menos numa fase inicial. Da mesma forma, a pessoa submetida a cirurgia cardiorrespiratória terá necessariamente o foco de intervenção na reabilitação cardiorrespiratória e no condicionamento ao esforço. A pessoa submetida a cirurgia urológica poderá necessitar de um plano de intervenção que a capacite para gerir as limitações da capacidade de eliminação e suas repercussões sociais.

Em relação à pessoa submetida a cirurgia abdominal, e considerando que esta temática se centra no meu contexto de trabalho atual, verifico que esta poderá apresentar várias alterações de funcionalidade, relacionadas com a intervenção cirúrgica, as condições prévias de idade e de saúde e as complicações instaladas, que condicionam muitas vezes estados de imobilidade, astenia e adinamia. Para além das alterações da funcionalidade motora e respiratória, a pessoa poderá também apresentar alterações da eliminação intestinal, assim como alteração da imagem corporal, o que justifica uma intervenção multidisciplinar com ênfase na reabilitação, na nutrição e no apoio psicológico, para o regresso com sucesso à vida profissional, familiar e social. Em termos respiratórios, os exercícios direcionados de RFR têm como objetivos prevenir complicações em doentes e cirurgias de risco, assim como restabelecer a função respiratória de forma eficaz e rápida, tendo em

conta a complicação instalada. A intervenção neste âmbito prevê a dotação da pessoa dos conhecimentos necessários à continuação da reeducação da sua função respiratória no domicílio, seja através de exercícios direcionados, do uso de dispositivos inalatórios, de técnicas de gestão do esforço e de conservação de energia, ou do treino de exercício para o recondicionamento ao esforço, e foi neste âmbito que incidiram as minhas intervenções de cuidados especializados no contexto de prática clínica hospitalar.

Em associação, a promoção da continuidade de cuidados de reabilitação, pela referenciação a outros elementos multiprofissionais que exercem a sua ação nos contextos de saúde onde nos movemos, ou paralelos ao nosso, assume grande importância para assegurar o acompanhamento continuado destas pessoas no seu processo de reabilitação.

Para terminar, os objetivos seguintes dizem respeito à competência específica do EEER “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2010b), que se referem ao desenvolvimento de atividades que maximizam as capacidades funcionais e potenciam o rendimento, a nível motor e cardiorrespiratório. Neste âmbito, defini como objetivos:

- . Desenvolver planos de treino motor e cardiorrespiratório, de forma a maximizar as funções e tendo em conta os objetivos e resultados esperados.**
- . Desenvolver planos de intervenção que capacitem a pessoa submetida a cirurgia para a reintegração no seu ambiente social, maximizando a sua autonomia e qualidade de vida.**

As atividades por mim desenvolvidas para dar resposta a estes objetivos foram realizadas no contexto hospitalar da prática clínica, em pessoas com patologia respiratória crónica como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e o enfisema pulmonar, a cumprir programa de reabilitação respiratória; e em algumas pessoas em período pré-operatório, a quem se pretendia a otimização da função respiratória com as sessões continuadas de RFR. Neste âmbito de competências, a

minha ação foi de colaboração com a equipa do contexto, implementando e avaliando os planos de treino motor e cardiorrespiratório.

Ao realizar estas atividades, pude verificar que o treino de exercício sistematizado é essencial para otimizar a função respiratória e promover o condicionamento ao esforço em doentes com patologia respiratória, melhorando a qualidade de vida. O descondicionamento físico é um ciclo vicioso que agrava a sensação de dispneia e o cansaço, e que contribui para a continuidade da espiral de descondicionamento (Cordeiro et al., 2012). O treino de exercício é uma das medidas previstas no programa de reabilitação respiratória destes doentes, sendo essencial para cortar este processo e permitir à pessoa a autonomia na realização das suas atividades de vida (DGS, 2009).

No entanto, antes de iniciar o treino de exercício, é essencial avaliar a capacidade da pessoa para participar e cumprir o treino com intensidades e incrementos seguros, o que é efetuado através de exames de diagnóstico que caracterizem a função respiratória e cardiovascular da pessoa, e de escalas subjetivas de avaliação da dispneia e da qualidade de vida. Segundo Cordeiro et al. (2012), os parâmetros mais utilizados na prescrição do programa de exercício em pessoas com DPOC são a capacidade de trabalho máximo, que define a intensidade do treino, a frequência cardíaca ao nível do consumo máximo de oxigénio e as escalas subjetivas. No contexto hospitalar da prática clínica, pude verificar que as pessoas a cumprir treino de exercício realizavam exames de diagnóstico e escalas de avaliação (*Borg e St. George*), de acordo com o preconizado.

O programa de treino pelo exercício deve incluir treino de *endurance* e de força dos membros superiores e os membros inferiores, combinando períodos de alta e baixa intensidade (DGS, 2009). De acordo com estes aspetos, implementei e avaliei o efeito de programas de treino motor e cardiorrespiratório em pessoas com patologia respiratória, realizados durante oito semanas, três dias por semana.

Estes programas incluíam exercícios de treino de força dos membros superiores e inferiores com pesos, halteres e ciclo ergómetro. Posteriormente realizava o treino de *endurance* dos membros inferiores, que visava o treino de grandes massas musculares inferiores. Este era efetuado em períodos mais longos,

em intensidade moderada ou variável, ou com alternância de períodos curtos de alta intensidade e mais longos de baixa intensidade. Estes eram realizados em bicicleta ou passadeira, de acordo com os objetivos estabelecidos para o treino.

Durante estes treinos, pude verificar como é importante moderar a intensidade e duração dos exercícios, aumentando-a gradualmente de acordo com a tolerância da pessoa. Este aspeto é essencial para controlar a sensação de dispneia e melhorar a motivação. Além disso, pude verificar que a alternância de intensidades é melhor tolerada do que a intensidade moderada por longos períodos, por permitir controlar a dispneia em esforço. Da mesma forma, pude verificar que a redução da massa muscular, a redução da amplitude articular nos membros superiores e o descondicionamento cardiorrespiratório eram características de muitos destes doentes respiratórios, pelo que os exercícios promoviam a mobilidade torácica, a musculatura respiratória e o fortalecimento dos grandes grupos musculares dos membros, implicados nos esforços físicos.

Ao acompanhar cada sessão, percebi também a importância de efetuar nos minutos iniciais os exercícios de aquecimento, e no final do treino efetuar exercícios de alongamento, para reduzir o risco de lesões, atenuar a fadiga muscular, melhorar a postura e promover o relaxamento (Cordeiro et al., 2012). Desta forma, promovi com a pessoa a realização deste tipo de exercícios, que incluíam o alongamento da musculatura cervical, da cintura escapular e dos membros superiores e inferiores. Igualmente importante, foi necessário instruir algumas pessoas sobre a importância da hidratação e da alimentação antes e após o esforço, para substituir o gasto energético e de forma a evitar as hipoglicémias.

Para terminar, importa-me também referir que durante o treino de exercício compreendi que a respiração coordenada é essencial para tolerar o esforço e reduzir a fadiga. A importância de expirar no esforço e inspirar no período de repouso durante a realização dos exercícios de treino, de forma a conservar energia, foi um ensino que efetuei a todas as pessoas, corrigindo se necessário, explicando-lhe a importância e transpondo esse ensinamento para as suas tarefas do dia-a-dia e para a realização de atividades de vida.

2. SÍNTESE CONCLUSIVA

No sentido do desenvolvimento das competências de EEER, planeei e construí um projeto de formação com períodos temporais e contextos definidos, cujas atividades de operacionalização me permitissem ir de encontro aos descritivos estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros nos seus Regulamentos.

Após a descrição, análise e reflexão sobre as atividades realizadas, que constituíram o âmago deste percurso formativo, pretendo efetuar uma avaliação pessoal sobre o nível de competências desenvolvidas, o sucesso de implementação do projeto, os seus contributos para a ER e as perspetivas de desenvolvimento e continuidade de cuidados enquanto profissional dotada de conhecimentos especializados.

No âmbito da avaliação do projeto de formação, considero que os contextos de aprendizagem escolhidos me permitiram a sua operacionalização e o atingir da compreensão de quais os problemas da pessoa em contexto cirúrgico sensíveis à intervenção especializada do EEER, que assumi como a questão geral do projeto.

Neste seguimento, considero que a cirurgia é um evento de natureza programada ou inesperada, que ocorre em função de um estado de saúde alterado, em qualquer altura do ciclo de vida da pessoa. O ato cirúrgico aliado às características específicas da pessoa poderá ter como consequência a presença de necessidades especiais, de natureza temporária ou permanente, limitativas da atividade e da participação social.

O EEER desenvolve competências que lhe permitem cuidar de pessoas com necessidades especiais, em todo o ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados. O seu âmbito de atuação inclui a avaliação da funcionalidade e o diagnóstico de alterações limitativas da atividade e promotoras de incapacidade; a conceção de planos de intervenção para a promoção de capacidades adaptativas de autocuidado e de gestão dos processos de transição para a situação de doença e incapacidade; assim como a implementação de intervenções planeadas que

otimizem, reeduquem e maximizem a funcionalidade da pessoa aos diversos níveis, potenciando o seu rendimento (OE, 2010b).

No seguimento da ideia anterior, o EEER possui competência para capacitar a pessoa dos recursos necessários para se adaptar às limitações funcionais, permitindo-lhe exercer e maximizar a sua autonomia e qualidade de vida, e assim assegurar a sua participação social e exercício pleno de cidadania (OE, 2010b).

Tendo por base os paradigmas de Enfermagem, o EEER defende a parceria nos cuidados e a capacitação, dotando a pessoa das competências necessárias para gerir a sua doença e incapacidade e posicionando-a como um elemento ativo do plano de cuidados, cuja autonomia se exerce na livre escolha do caminho a seguir para a sua reabilitação, quando na posse de conhecimento e informação.

Na mesma ordem de ideias, o EEER considera os cuidadores, o contexto familiar e o contexto social no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de reabilitação. Estes são elementos influenciadores da gestão da doença e da incapacidade, sendo também eles afetados, pelo que os assume como mais um elemento participante no plano de cuidados.

Desta forma, considero que o EEER tem a capacidade de se mover nos diferentes contextos dos cuidados de saúde, acompanhando a pessoa em contexto cirúrgico nas diferentes fases de preparação para o ato cirúrgico e nas fases de recuperação. O EEER dispõe de competências que lhe permitem avaliar o risco de instalação de alterações funcionais associadas ao ato cirúrgico e à doença prévia, assim como avaliar o seu grau de instalação e atuar em conformidade para a sua otimização e reeducação.

Em termos da funcionalidade respiratória, o EEER pode desenvolver a sua intervenção a diferentes níveis, seja através da prevenção para a instalação de complicações respiratórias, seja através da reeducação da função já alterada, ou da otimização e maximização do seu funcionamento.

Tendo por base a avaliação dos fatores de risco pessoais e cirúrgicos, o EEER pode intervir no sentido de melhorar a função respiratória em pessoas com risco respiratório identificado, na fase pré-cirurgia, contribuindo para a prevenção da

instalação de complicações e aumentando o êxito da sua resolução na fase pós cirurgia.

O EEER tem as competências que lhe permitem conceber e desenvolver um plano de reabilitação que compreenda a RFR necessária à permeabilização das vias aéreas e à correção das alterações ventilatórias, controlando sintomas respiratórios. As suas intervenções preveem também a reeducação no esforço, através do controle respiratório, do treino muscular e do exercício adaptado que permite maximizar as funções cardiorrespiratória e motora. Além destes aspetos, o EEER inclui também na sua intervenção a vertente educacional que permite à pessoa desenvolver e otimizar as suas capacidades de forma autónoma.

Tendo o conhecimento de que à cirurgia abdominal está comprovadamente associado o risco de complicações respiratórias, e de que a RFR é uma intervenção de relevo com benefícios evidenciados na prevenção e tratamento destas complicações, o plano de cuidados do EEER compreende a intervenção sobre a funcionalidade respiratória, em todo o período peri-operatório. As intervenções no pré-operatório focam-se na redução do risco respiratório e no estabelecimento da confiança necessária à relação de parceria que caracteriza os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, e as intervenções no pós-operatório focalizam-se na melhoria e recuperação funcional e na maximização do potencial funcional da pessoa, com vista à reintegração social com qualidade de vida e autonomia.

Por todos os aspetos já referidos, considero que o EEER possui as competências necessárias para a reabilitação respiratória da pessoa em contexto cirúrgico. No entanto, reconheço e comprovo na prática de cuidados que a reabilitação respiratória não é exclusiva do âmbito de atuação da Enfermagem de Reabilitação, existindo outros profissionais na esfera mais ampla das profissões de saúde que possuem algumas destas competências necessárias. Mas diferencio a intervenção do EEER neste âmbito pelas suas competências ímpares em termos de avaliação e gestão da doença e da incapacidade funcional nos contextos de cuidados de saúde, assim como pela sua visão holística da pessoa e família na integração dos cuidados.

Em relação à temática do projeto em si - a reabilitação respiratória da pessoa submetida a cirurgia abdominal - penso que o descrito anteriormente constitui a justificação plena da sua importância e pertinência para a Enfermagem de Reabilitação.

Sobre o tema, salvaguardo que pode ser, à primeira vista, considerado como limitativo em termos do processo de desenvolvimento de competências do EEER, que preconiza o investimento em vários parâmetros da funcionalidade. No entanto, considerei a impossibilidade de desenvolver todos os aspetos da funcionalidade tendo em conta as limitações contextuais e temporais a que este projeto académico se encontra sujeito. Por outro lado, considero que o meu percurso de desenvolvimento de competências, embora estruturado sobre uma temática focada na funcionalidade respiratória, se amplia facilmente para outros parâmetros de funcionalidade, no sentido em que a pessoa é um todo integrado, em que as várias funções interagem, se influenciam e complementam.

Ainda em relação a este ponto, considero que a escolha de uma temática surge neste processo como um ponto de partida para problematizar e refletir acerca das questões da funcionalidade e da sua relação com a incapacidade, a autonomia e a qualidade de vida, assuntos centrais na prática da Enfermagem de Reabilitação. E neste sentido, penso que o desenvolvimento da temática e a sua operacionalização cumpriram o seu papel no processo de desenvolvimento de competências.

Em relação à operacionalização do projeto, considero que tive a oportunidade de realizar atividades pertinentes no sentido do seu desenvolvimento, que me permitiram refletir sobre a temática, desenvolver competências nesse âmbito e evoluir profissionalmente. Nesse sentido, considero que desenvolvi o meu conhecimento pessoal sobre o assunto e que demonstrei a confiança progressiva na realização das técnicas e procedimentos específicos e complexos que estão implicados na intervenção do EEER e que definem a sua competência neste âmbito.

No entanto, no contexto clínico experienciei algumas dificuldades que foram condicionantes limitativas de alguns dos aspetos do projeto. Ao refletir sobre o assunto, considero que foram muitas as oportunidades proporcionadas pelo contexto hospitalar no sentido das intervenções com a pessoa em contexto cirúrgico,

nomeadamente no âmbito da cirurgia abdominal. No entanto, tenho que assumir que desenvolvi maioritariamente as intervenções em período pós-operatório, no sentido do controlo sintomático, da melhoria e restauração da funcionalidade respiratória.

Neste contexto hospitalar específico e no espaço temporal em que decorreu a minha aprendizagem, sublinho a diferença de oportunidades para a intervenção da pessoa em contexto de cirurgia abdominal, no âmbito da RFR. Esta é amplamente divulgada e executada no período pós-operatório, mas muito mais escassamente em período pré-operatório, apenas em situações específicas, o que condicionou as minhas experiências nesse aspeto.

No entanto, as intervenções específicas de pré-operatório que consegui realizar foram muito importantes em termos de aprendizagem pessoal e desenvolvimento de competências, e permitiram-me constatar a importância da intervenção precoce neste âmbito. Tentei colmatar o fato de a maioria das minhas intervenções com estas pessoas não terem sido iniciadas em período pré-operatório, aproveitando todas as oportunidades e trabalhando com a pessoa no período pós-operatório, gerindo a ansiedade e promovendo a confiança e a dotação de capacidades de colaboração que se preconizam para o período pré-operatório. Neste aspeto, sublinho a importância de apostar na prevenção primária em detrimento da atuação direcionada para a resolução de complicações, como parece ser muitas vezes característico dos nossos cuidados de saúde.

Desta forma, reconheço a importância do investimento na fase pré-operatória, que deveria ser realizado em contextos intra ou extra-hospitalares, como parte integrante da preparação pré-operatória que já é efetuada, em termos de consultas de especialidades médicas e de exames de diagnóstico. Por outro lado, se houvesse uma verdadeira interligação entre equipas de saúde dos diferentes contextos, este aspeto até poderia ser desenvolvido por um EEER que desenvolvesse a sua ação em contexto comunitário, trabalhando em interligação direta com a equipa hospitalar.

O período temporal inerente aos internamentos hospitalares, que cada vez mais se preconizam de curta duração, foi outro fator que considero que se tornou desafiante para a implementação das intervenções planeadas, de acordo com os meus objetivos de estudante. Neste sentido, considero que me proporcionou a

aprendizagem acerca da importância de uma avaliação criteriosa e de um planejamento focado nos objetivos, enquanto profissional.

Em relação à implementação de intervenções do âmbito da prevenção terciária, apostei no ensino para a saúde e na capacitação da pessoa para a continuidade dos exercícios de reeducação respiratória no domicílio, sublinhando a sua importância para a reconstituição e para a readaptação às alterações da sua funcionalidade respiratória. O curto tempo de internamento hospitalar, já anteriormente referido, que condicionou inevitavelmente o número de contatos que tive com estes doentes, não me possibilitou a implementação de um programa de treino muscular e de condicionamento ao esforço de que alguns deles beneficiariam, levando-me a focar no programa de reeducação funcional respiratória e nos seus objetivos de recuperação a curto prazo.

Em relação a este assunto dos programas de treino de exercício, com objetivos de treino muscular e de condicionamento ao esforço, tive oportunidade de desenvolvê-los com pessoas com patologia respiratória. Apesar disso, considero que desenvolvi algumas ferramentas que me permitem planear e desenvolver um treino de exercício, considerando os objetivos e as limitações da pessoa. No entanto, tenho presente o fato de que muito mais haverá a aprender e desenvolver nesta área, no que se relaciona com treinos de grupos musculares específicos, cálculo de gastos energéticos, de cargas iniciais e incrementos graduais, ou pesquisa sobre exercícios específicos e equipamentos disponíveis em mercado, que permitem criar um treino eficaz, mas também dinâmico e estimulante para a pessoa.

O fato de refletir sobre as minhas intervenções com a pessoa em contexto cirúrgico e de reconhecer que foi centrada no período pós-operatório e na RFR com objetivos de controlo sintomático e da melhoria e recuperação da função respiratória, leva-me a afirmar a importância de assegurar os cuidados direcionados para a prevenção terciária, através da continuidade de cuidados em outros contextos que não o hospitalar.

De fato, complicações respiratórias associadas ao ato cirúrgico na cavidade abdominal, como o derrame pleural, podem ter consequências a longo prazo. As aderências do tecido pulmonar, sequelas musculares e defeitos posturais são

consequências destas complicações, que se podem manter presentes e influenciar a funcionalidade respiratória e o condicionamento ao esforço nas atividades de vida.

Desta forma, se em contexto hospitalar e em período pós-operatório se inicia um plano de intervenção focado no restabelecimento desta função respiratória, este deveria ser continuado em contexto comunitário, após a alta hospitalar, e quando justificado. Assim, procurei capacitar a pessoa para a continuidade dos exercícios de forma autónoma após a alta hospitalar, mas considero que faltou assegurar a continuidade dos cuidados pela articulação com as estruturas de saúde comunitárias, que permite à pessoa a continuidade do acompanhamento profissional neste âmbito. Este aspeto é justificado pelo fato de o contexto hospitalar em que desenvolvi as minhas atividades não o favorecer, pois preconiza o assegurar da manutenção destes cuidados em contexto de ambulatório, em situações específicas.

Em termos de capacitação, procurei também inserir a família ou um cuidador específico na continuidade da realização de exercícios simples, assumindo este como um apoio e um estímulo para a pessoa doente. Reconheço alguma dificuldade neste sentido no contexto hospitalar, muitas vezes pela falta de um cuidador ou por não ter conseguido a oportunidade de o conhecer e interagir com eles, incluindo-os nas minhas intervenções.

Desta forma, a minha reflexão sobre o assunto considera a importância da ligação entre as equipas dos diferentes contextos de saúde, para assegurar a continuidade dos cuidados, ou a existência de um EEER que fosse uma referência para a pessoa e que assegurasse os cuidados específicos de reabilitação necessários, na fase pré-cirurgia e na fase pós-cirurgia e pós-hospitalar. Considero que este poderá desenvolver a sua atividade em qualquer um dos contextos, indo de encontro às necessidades da pessoa.

Ao refletir sobre estas condicionantes, considero que as dificuldades são inerentes à relação com a prática clínica, estando relacionadas com a imprevisibilidade da dinâmica dos cuidados nos contextos. Na fase de planeamento do projeto, o conhecimento que possuía sobre os contextos era superficial, pelo que o desenho que construí procurava ser pleno e abarcar todo o percurso cirúrgico da pessoa em contexto de cirurgia abdominal, como é preconizado na teoria. O meu

objetivo maior era desenvolver as competências específicas preconizadas para o EEER, e explicitadas nos três grandes grupos do Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010b).

Após esta etapa de prática clínica, considero que em termos de implementação do projeto os objetivos referentes ao primeiro descritivo foram plenamente atingidos, e os referentes aos descritivos 2 e 3 foram atingidos mas não na totalidade, ficando um pouco aquém das minhas expectativas. Considero que desenvolvi estas competências noutras atividades proporcionadas pelos contextos, e de que retiro subsídios para a sua implementação no contexto cirúrgico.

No entanto, na reflexão sobre todo o percurso formativo, considero que desenvolvi várias competências que caracterizam a identidade do EEER e que me permitiram o desenvolvimento pessoal e profissional inerente ao título. Neste percurso pessoal, cuidei de pessoas com necessidades especiais, focando-me nas alterações de funcionalidade que apresentavam, na sua recuperação e na capacitação para a vivência com alteração funcional. Desenvolvi competências em termos do treino e da reeducação ao esforço, e da sua readaptação com sucesso ao meio familiar e social.

Pelas características dos contextos e pelas experiências que me proporcionaram, o meu trabalho focou-se na recuperação da funcionalidade respiratória e, em alguns casos, da funcionalidade sensoriomotora. Considero que muito mais me faltará desenvolver em termos da intervenção sobre a funcionalidade sensoriomotora e sobre as outras funcionalidades. Neste aspeto, gostaria também de ter desenvolvido com maior profundidade competências para os cuidados a utentes com necessidades decorrentes de afeções do foro neurológico, motor e ortopédico, assim como dos dispositivos de apoio e ajudas técnicas neste âmbito.

No entanto, tenho que admitir que no período temporal programado para os contextos da prática e com a prerrogativa de operacionalizar um projeto, opções têm que ser feitas, que condicionam necessariamente as experiências e as vivências a que teremos acesso. Não vejo este aspeto como uma limitação, mas como competências que terei que desenvolver no futuro, de acordo com as exigências da realidade profissional.

Assim, considero que os contextos que escolhi, as suas características positivas e menos boas, os tutores com quem trabalhei e as pessoas de quem cuidei, foram todos de suma importância para este percurso de desenvolvimento de competências, e para o balanço positivo que faço no final.

Neste trajeto constatei a importância do EEER como constituinte de uma equipa multidisciplinar de saúde, a diferença que a sua intervenção pode fazer quando ele se constitui como elo de ligação com a pessoa, sua família e seu meio social, na gestão de um percurso de doença aguda ou crónica, marcada pela instalação de incapacidades funcionais e por um processo de transição e adaptação a essa condição.

A intervenção do EEER pode fazer a diferença em termos de educação para a saúde, capacitação para a gestão da doença e da incapacidade, assim como na gestão de planeamentos de altas hospitalares, continuidade de cuidados, reintegração no contexto familiar e comunitário e vivência da nova condição nesses mesmos contextos.

Na convivência com os pares profissionais, o EEER deve assumir-se como referência para a melhoria da qualidade dos cuidados, liderando e gerindo as situações nos contextos de saúde e promovendo a reflexão e a motivação pela procura do conhecimento e do desenvolvimento profissional (OE, 2010a).

No meu percurso, realizei algumas atividades que me permitiram desenvolver as ferramentas necessárias ao desenvolvimento de competências no âmbito da gestão, do planeamento e conceção dos cuidados, assim como da supervisão e desenvolvimento da qualidade dos mesmos. A reflexão sobre a prática dos cuidados e as questões ético-deontológicas, a pesquisa de evidência científica relevante para a qualidade dos cuidados, assim como a formação de pares e associados, foram atividades que desenvolvi e que incluo neste âmbito.

Para o futuro, enquanto profissional e enquanto EEER, tenho a responsabilidade de exercer uma prática de cuidados alicerçados nas competências desenvolvidas, caracterizada pela qualidade e fundamentada na evidência científica atualizada, que justifique e enriqueça a intervenção do EEER nos contextos de saúde.

Neste âmbito, devo procurar a atualização constante do conhecimento, efetuando um caminho de dedicação, desempenho de qualidade e enriquecimento pessoal e profissional.

Enquanto EEER, o desafio será a utilização de forma pertinente e com qualidade do conhecimento adquirido neste processo de desenvolvimento de competências, transpondo para a prática diária de cuidados esta minha nova identidade profissional de forma a encontrar o meu espaço próprio, com tenacidade e persistência, na equipa multidisciplinar e na instituição de saúde onde exerço a minha prática profissional.

Numa altura em que os limites profissionais da profissão se confundem com outras profissões da esfera da saúde, e algumas das nossas intervenções são partilhadas e realizadas por outros profissionais, cabe-nos a nós profissionais de Enfermagem demonstrar a importância dos cuidados de Enfermagem especializados, sustentados nas teorias e paradigmas da profissão e contribuir para a geração de conhecimento específico, decorrente dos problemas que advêm da prática de cuidados.

Em relação à temática do projeto, considero a sua pertinência perfeitamente justificada, e espero contribuir com as minhas competências para a melhoria assistencial à pessoa em contexto cirúrgico no meu contexto de trabalho, nomeadamente na preparação a ser efetuada no período pré-operatório e na consciencialização dos outros membros da equipa para a importância da reabilitação respiratória na prevenção de complicações e na recuperação precoce das pessoas em contexto de cirurgia abdominal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde & Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2011). Complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos [em linha]. *Portal de Codificação e dos GDH Web site*. Acedido em 09-06-14. Disponível em http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Complica%C3%A7%C3%B5es_relacionadas_com_procedimentos_cir%C3%BArgicos. Acedido em 09-06-14.
- Branson, R.D. (2013). The scientific basis for postoperative respiratory care. *Respiratory Care*, 58(3), 1974-1984. **DOI:** 10.4187/respcare.02832
- Brueckmann, B., Villa-Urbe, J.L., Bateman, B.T., Grosse-Sundrup, M., Hess, D.R., Schlett, C.L. & Eikermann, M. (2013). Development and validation of a score for prediction of postoperative respiratory complications. *Anesthesiology*, 118(6), 1276-1285. Acedido em 01-06-2014. Disponível em <http://journals.lww.com/anesthesiology/pages/articleviewer.aspx?year=2013&issue=06000&article=00015&type=abstract>
- Canet, J., Gallart, L., Gomar, C., Paluzie, G., Vallès, J., Castillo, J., Sabaté, S., Mazo, V., Briones, Z. & Sanchis, J. (2010). Prediction of postoperative pulmonary complications in a population-based surgical cohort. *Anesthesiology*, 113(6), 1338-1350. Acedido em 01-06-2014. Disponível em <http://journals.lww.com/anesthesiology/pages/articleviewer.aspx?year=2010&issue=12000&article=00020&type=abstract>
- Cattano, D., Altamirano, A., Vannucci, A., Melkinov, V., Cone, C. & Hagberg, C.A. (2010). Preoperative use of incentive spirometry does not affect postoperative lung function in bariatric surgery. *Translational Research*, 156(5), 265-272. **DOI:**10.1016/j.trsl.2010.08.004

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (tradução do original ICNP Version 2 – International Classification for Nursing Practice, 2010, Genebra: International Council of Nurses).
- Cordeiro, M.C.O., Mateus, D.M., Menoita, E.C., Rocha, B., Marques, P., Rocha S. & Baião, R. (2012). Treino de exercício na pessoa com patologia respiratória crónica. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coords.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp.117-143). Loures: Lusociência.
- Dimick, J.B., Chen, S.L., Taheri, P.A., Henderson, W.J., Khuri, S.F. & Campbell Jr, D.A. (2004). Hospital costs associated with surgical complications: A report from the private-sector national surgical quality improvement program. *Journal of the American College of Surgeons*, 199(4), 531-537. **DOI:** 10.1016/j.jamcollsurg.2004.05.276
- Direção-Geral da Saúde (2009). *Circular Informativa Nº:40A/DSPCD de 27/10/09. Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 21-11-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=14938>
- Ferreira, D. (2014). Estratégias educacionais. In M.C.O. Cordeiro. *Terapêutica inalatória. Princípios, técnica de inalação e dispositivos inalatórios* (pp. 133-137). Loures: Lusodidacta.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman. Modelo de sistemas. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (A.R. Albuquerque, Trad.) (5ª ed.) (pp.3-14). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Nursing theorists and their work, 5th ed., 2002, Mosby Inc.).
- Gazarian, P.K. (2006). Home study program. Identifying risk factors for postoperative pulmonary complications. *AORN Journal*, 84(4), 615-625. **DOI:** [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)63940-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-2092(06)63940-9)

- Glenn-Molali, N.H. (2011). Alimentação e deglutição. In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva et al, Trad.) (4ªed.) (pp.295-317). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês *Rehabilitation Nursing – Prevention, intervention & outcomes*, 4th ed., 2008, Mosby Inc.).
- Heitor, M.C., Canteiro, M.C., Ferreira, J.M.R., Olazabal, M. & Maia, M.O. (1988). *Reeducação funcional respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação – Criar novos caminhos*. (M. Martins, Trad.) Loures: Lusociência. (tradução do original francês *La réadaptation – Aider à créer de nouveaux chemins*, 2001, Éditions Seli Arslan SA)
- Inoue, J., Ono, R., Makiura, D., Kashiwa-Motoyama, M., Miura, Y., Usami, M., Nakamura, T., Imanishi, T. & Kuroda, D. (2013). Prevention of postoperative pulmonary complications through intensive preoperative respiratory rehabilitation in patients with esophageal cancer. *Diseases of the Esophagus*, 26, 68-74. DOI:10.1111/j.1442-2050.2012.01336.x
- Isaías, F., Sousa, L. & Dias, L. (2012). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coords.) *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 303-314). Loures: Lusociência.
- Jester, R. (2007). Preparing and suporting informal carers. In R. Jester (Ed.) *Advancing practice in rehabilitation nursing* (pp.82-92). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Kelly-Hayes, M. & Phipps, M.A. (2011). Avaliação da função e medidas de resultados. In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva et al, Trad.) (4ªed.) (pp.177-186). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês *Rehabilitation Nursing – Prevention, intervention & outcomes*, 4th ed., 2008, Mosby Inc.).

- Khan, N.A., Quan, H., Bugar, J.N., Lemaire, J.B., Brant, R. & Ghali, W.A. (2006). Association of postoperative complications with hospital costs and length of stay in a tertiary care center. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 177-180. **DOI:** 10.1111/j.1525-1497.2006.00319.x
- Kulkarni, S.R., Fletcher, E., McConnell, A.K., Poskitt K.R. & Whyman, M.R. (2010). Pre-operative inspiratory muscle training preserves postoperative inspiratory muscle strength following major abdominal surgery – a randomised pilot study. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 92, 700-705. **DOI:** 10.1308/003588410X12771863936648
- Lococo, F., Cesario, A., Sterzi, S., Magone, G., Dall'Armi, V., Mattei, F., Varone, F., Porziella, V., Margaritora, S. & Granone, P. (2012). Rationale and clinical benefits of an intensive long-term pulmonary rehabilitation program after oesophagectomy: preliminary report. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 7(21). **DOI:** 10.1186/2049-6958-7-21
- Makhabah, D.N., Martino, F. & Ambrosino, N. (2013). Peri-operative physiotherapy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 8(4). **DOI:** 10.1186/2049-6958-8-4
- Menoita, E. (Coord.) (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Menoita, E.C.P.C. & Cordeiro, M.C.O. (2012a). Semiologia Clínica. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coords.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 21-44). Loures: Lusociência.
- Menoita, E.C.P.C. & Cordeiro, M.C.O. (2012b). Reeducação Funcional Respiratória. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coords.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 61-115). Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde (2013). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS 2012*. Acedido em 08-06-2014. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/5FB93D71-8674-4061-8A22-5156F0A6214E/0/12072013_RA_Acesso_2012.pdf

- Nascimento Júnior, P., Módolo, N.S.P., Andrade, S., Guimarães, M.M.F., Braz, L.G. & El Dib, R. (2014). Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014*, Issue 2, Art. Nº:CD006058. DOI: 10.1002/14651858.CD006058.pub3.
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B.Neuman & J.Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model* (5th edition) (pp.3-33). New Jersey: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Delegação. Tomada de posição*. Acedido em 25-02-15. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 25-05-14. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 25-05-14. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Caderno Temático 4. Modelo de Desenvolvimento Profissional: documental de operacionalização de competências e programas formativos. Progressividade e etapas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 26-02-15. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/CadernoTematico4_CompetenciasProgramasFormativos_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 14-02-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10-03-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Organização Mundial da Saúde (2004). *CIF – Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 14-02-2014. Disponível em http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing. Edição Portuguesa*. 267. Acedido 25-02-15. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.VPSS52dyBIU>
- Pryor, J. (2011). Lidar com o cliente e a família. In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva et al, Trad.) (4ªed.) (pp.469-497). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês *Rehabilitation Nursing – Prevention, intervention & outcomes*, 4th ed., 2008, Mosby Inc.).
- Shander, A., Fleisher, L.A., Barie, P.S., Bigatello, L.M., Sladen, R.N. & Watson, C.B. (2011). Clinical and economic burden of postoperative pulmonary complications: Patient safety summit on definition, risk-reducing interventions, and preventive strategies. *Critical Care Medicine*, 39(9), 2163-2172. DOI: 10.1097/CCM.0b013e31821f0522
- Simmons, M. & Simmons, P. (2012). Postoperative respiratory care. In D.R. Hess, N.R. MacIntyre, S.C. Mishoe, W.F. Galvin & A.B. Adams (Eds.) *Respiratory care: Principles and practice* (2ªed.) (pp.856-867). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Smetana, G.W., Lawrence, V.A. & Cornell, J.E. (2006). Preoperative pulmonary risk stratification for noncardiothoracic surgery: Systematic review for the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 144(8), 581-595. Acedido em 29-06-14. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=722320>

- Smetana, G.W. (2009). Postoperative pulmonary complications: An update on risk assessment and reduction. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(s4), s60-s65. **DOI:** 10.3949/ccjm.76.s4.10
- Thompson, D.A., Makary, M.A., Dorman, T. & Pronovost, P.J. (2006). Clinical and economic outcomes of hospital acquired pneumonia in intra-abdominal surgery patients. *Annals of Surgery*, 243(4), 547-552. **DOI:** 10.1097/01.sla.0000207097.38963.3b
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (A.R. Albuquerque, Trad.) (5ª ed.) (pp.3-14). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Nursing theorists and their work, 5th ed., 2002, Mosby Inc.).
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do prestador – Recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 11-10-2014. Disponível em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI
- World Health Organization (2009). *WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery save lives*. Acedido em 28-05-2014. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf?ua=1

APÊNDICES

Apêndice I

Projeto de Formação



5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**A reabilitação respiratória da pessoa em contexto de
cirurgia abdominal:**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação**

Projeto de Formação

Liliana Fernandes Dias

Julho 2014



5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**A reabilitação respiratória da pessoa em contexto de
cirurgia abdominal:**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação**

Projeto de Formação

Liliana Fernandes Dias Nº 5494

Professor Orientador: Miguel Nunes Serra

Julho 2014

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

TÍTULO:

A reabilitação respiratória da pessoa em contexto de cirurgia abdominal:
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

PALAVRAS-CHAVE: cirurgia abdominal; complicações cirúrgicas respiratórias; peri-operatório; reabilitação respiratória; cuidados peri-operatórios; enfermagem de reabilitação.

DATA DE INÍCIO: 29 Setembro 2014.

DURAÇÃO: 18 semanas.



LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS:

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

OMS - Organização Mundial de Saúde

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

ÍNDICE

SUMÁRIO, 6

1. A PROBLEMÁTICA: REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA, 8

1.1. Complicações respiratórias cirúrgicas mais comuns e fatores de risco associados, 11

1.2. A importância das técnicas de reabilitação respiratória em cirurgias abdominais, 16

1.3. A Enfermagem de Reabilitação e a reabilitação respiratória em cirurgia, 18

2. O CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO, 24

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS, 26

CONSIDERAÇÕES FINAIS, 30

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, 31

APÊNDICES

Apêndice I: Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e sua aplicação à problemática

Apêndice II: Guião de entrevista

Apêndice III: Descrição de atividades e resultados esperados

1. Do domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista
2. Do domínio das competências específicas do EEER

Apêndice IV: Cronograma

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Complicações cirúrgicas pós-operatórias, 9

Quadro 2. Complicações respiratórias pós-operatórias e causas associadas, 12

Quadro 3. Fatores de risco para as complicações respiratórias cirúrgicas, 13

Quadro 4. Técnicas de RFR no período peri-operatório, 20

Quadro 5. Competências de Enfermeiro Especialista a desenvolver e respectivos objetivos específicos, 26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman. (Em Ap. I)

Figura 2. Aplicação do Modelo de Sistemas de Neuman à problemática do projeto.
(Em Ap. I)

SUMÁRIO

Esta metodologia de projeto pretende apoiar o desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Desenvolvido de acordo com a metodologia proposta institucionalmente, este documento assume-se como um projeto de formação pessoal, que tem como finalidade o desenvolvimento de competências de EEER na reabilitação da pessoa em contexto cirúrgico. No decorrer da delimitação da problemática em estudo, optou-se pela reabilitação respiratória em contexto de cirurgia abdominal.

A escolha da problemática encontra-se apoiada nas seguintes ideias fundamentais:

- O aumento crescente das intervenções cirúrgicas nos cuidados de saúde, relacionados quer com o aumento da esperança média de vida quer com a crescente incidência de doenças crónicas, influenciadas pelos estilos de vida e comportamentos em saúde;
- Associado a esse aumento, o volume substancial de complicações associadas ao ato cirúrgico, que podem evoluir até à mortalidade, e que são consideradas preveníveis por cuidados de saúde adequados em rigor e qualidade em mais de metade das situações;
- As complicações respiratórias têm um impacto significativo na morbilidade e mortalidade associadas a cirurgias, tempos de internamento hospitalar e custos associados;
- As cirurgias abdominais são as terceiras mais associadas a complicações pulmonares como pneumonia e atelectasia, só suplantadas pelas cirurgias cardíacas e torácicas;
- A reabilitação respiratória apresenta benefícios evidenciados cientificamente na prevenção e tratamento das complicações respiratórias associadas a cirurgias, nomeadamente abdominais;

- O EEER desenvolve competências específicas que permitem intervir nos problemas que as pessoas podem desenvolver em contexto cirúrgico, nomeadamente os respiratórios;

Pretende-se com o desenvolvimento deste projeto dar resposta à seguinte questão: Quais são os problemas da pessoa em contexto cirúrgico que são sensíveis à intervenção do EEER?

Decorrente desta questão, pretende-se responder às questões específicas:

- Que intervenções pode desenvolver o EEER, nos diferentes contextos hospitalar e comunitário, junto da pessoa submetida a cirurgia?

- No âmbito respiratório, que intervenções podem desenvolver o EEER para prevenir complicações, controlar sintomas e otimizar capacidades?

- Que intervenções deste âmbito pode desenvolver o EEER, no período pré e pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia abdominal?

A escolha do tema deste projeto prende-se com motivação pessoal, pois sendo o atual contexto de trabalho da autora um internamento de especialidades cirúrgicas, espera-se que o desenvolvimento das competências inerentes ao desenvolvimento deste projeto possa ter aplicabilidade futura nesse contexto.

Este projeto encontra-se organizado em três áreas:

- Revisão crítica da literatura que sustenta a pertinência da temática e a intervenção do EEER, e onde se integra o modelo teórico de Betty Neuman na prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação;

- Breve descrição dos contextos de trabalho em que o projeto será desenvolvido;

- Plano de trabalho e métodos, onde são explicitados os objetivos específicos do projeto, baseados nas competências a desenvolver.

Em apêndice estão descritas as atividades e resultados esperados, que procuram responder aos objetivos propostos; assim como o cronograma do projeto e outras informações complementares.

1. A PROBLEMÁTICA: REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta o impacto crescente das intervenções cirúrgicas na gestão da saúde pública, associado ao aumento mundial da esperança média de vida e da incidência das doenças oncológicas, cardiovasculares e traumáticas (World Health Organization, 2009).

O volume crescente de cirurgias e da sua importância nos cuidados de saúde atuais, tornaram as complicações cirúrgicas causa importante de mortalidade e morbilidade. A OMS assume uma taxa mundial de 3% de eventos adversos peri-operatórios e de 0,5% de mortalidade cirúrgica. Estes dados traduzem-se em quase sete milhões de doentes cirúrgicos por ano que sofrem complicações, em que destes, um milhão morre durante ou imediatamente após a cirurgia, e sendo que quase metade destes eventos adversos são considerados preveníveis (World Health Organization, 2009).

Em Portugal, os dados sobre cirurgias encontram-se dispersos e podem-se considerar genéricos, não se encontrando dados específicos sobre mortalidade e morbilidade operatória, complicações específicas associadas aos atos cirúrgicos, assim como custos económicos associados, aspeto que assume crescente importância no atual panorama dos cuidados de saúde. O Relatório de Acesso aos Cuidados de Saúde de 2012 do Ministério da Saúde refere que o número de doentes propostos para cirurgia cresceu a um ritmo de 2,1% face ao ano anterior e 38,1% face a 2006, reforçando o aumento dos procedimentos cirúrgicos no panorama dos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2013).

As complicações cirúrgicas ou pós-operatórias são definidas como as condições que ocorrem durante ou a seguir à cirurgia, sendo consideradas não esperadas, com relação causa-efeito com os cuidados prestados (a cirurgia) e documentadas como tal (Administração Central do Sistema de Saúde & Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011).

A literatura documenta várias complicações pós-operatórias, que podem surgir no período pós-operatório imediato ou mais tardio, assim como subsistir para além

desta fase. Abrangem um grupo díspar de eventos *minor* e *major*, que podem decorrer da doença primária, de fatores específicos do doente ou do ato cirúrgico. Alguns exemplos descritos pelos autores são apresentados no quadro seguinte (Boehnlein & Marek, 2003; Doherty, Mulvihill & Pellegrini, 2004):

Quadro 1. Complicações cirúrgicas pós-operatórias.

Complicações	Exemplos
• Ferida Cirúrgica	• Hemorragia, seroma, deiscência, infecção
• Cardíacas e vasculares	• Disritmia, insuficiência cardíaca, trombose venosa, embolia pulmonar, hipotensão
• Respiratórias	• Atelectasia, pneumonia, derrame pleural, pneumotórax
• Gastrointestinais	• Obstrução intestinal, ileos paralítico, distensão abdominal
• Renais e Urinárias	• Desequilíbrio electrolítico, insuficiência renal, retenção urinária, infecção do trato urinário
• Sistema Nervoso	• Acidente vascular cerebral, convulsão, dor
• Psiquiátricas	• Ansiedade, psicose, estado confusional
• Por Procedimentos e Terapias	• Embolia gasosa, flebite, necrose isquêmica
• Sistémicas	• Febre pós-operatória

O impacto das complicações respiratórias na pessoa submetida a cirurgia é descrito na literatura como muito importante. Segundo Simmons & Simmons (2012), as complicações respiratórias são das mais importantes causas de morbidade e mortalidade pós-operatórias. São identificadas como tendo efeito direto no aumento da morbidade e mortalidade, no tempo médio e nos custos associados ao internamento hospitalar (Dimick et al., 2004; Khan et al., 2006; Thompson, Makary, Dorman & Pronovost, 2006). Contribuem para o aumento do risco operatório nas

cirurgias cardiotorácicas e não cardiotorácicas, e ocorrem mais frequentemente do que as complicações cardíacas, com considerável morbidade e mortalidade (Shander et al., 2011).

Um estudo prospectivo realizado por Canet et al. (2010), identificou a incidência de complicações respiratórias em 5% da população estudada (2500 pessoas), com aumento da média dos dias de internamento associados de 3 para 12 dias e uma mortalidade de 24,4% aos 90 dias pós-operatórios. A percentagem de complicações em cirurgia cardíaca foi de 39,6%, seguindo-se a torácica (31,4%), a abdominal (7,2%) e a vascular (5,8%).

As cirurgias cardíacas, torácicas e abdominais altas são referidas como apresentando o maior risco para o desenvolvimento de complicações respiratórias. Cirurgias que impliquem incisões mais próximas do diafragma têm maior risco de desenvolvimento de complicações respiratórias, tendo os procedimentos aórticos, torácicos e abdominais maior risco, assim como os da cavidade abdominal superior em relação à inferior (cirurgias ginecológicas e do pavimento pélvico) (Smetana, 2009).

As repercussões das cirurgias cardíacas e torácicas a nível respiratório são compreensíveis pelas alterações da estabilidade da parede torácica e da dinâmica pulmonar que provocam (Bertol, 2008 e Renaul 2008, citados em Isaías, Sousa & Dias, 2012). Nas cirurgias abdominais altas, a manipulação da cavidade abdominal pode provocar a inibição reflexa do nervo frénico e a paresia do diafragma, com consequente diminuição da capacidade e volumes pulmonares (Gastaldi et al. 2008, Ribeiro et al. 2008, citados em citados em Isaías et al., 2012).

O estudo realizado por Fonseca (2011) confirma o impacto negativo da cirurgia abdominal na dinâmica respiratória. Numa amostra de 10 indivíduos propostos para cirurgia abdominal de estômago e cólon, verificou a redução significativa da capacidade pulmonar no pós-operatório (avaliada pela capacidade vital forçada, pelo volume expiratório máximo no primeiro segundo e pelo pico de fluxo de tosse), sem correlação significativa entre a dor e o decréscimo destes parâmetros na realização das manobras de medição da capacidade pulmonar.

Na sequência das ideias anteriores e no sentido de desenvolver as dimensões centrais que dão consistência à problemática em estudo, importa perceber a dinâmica da instalação das complicações respiratórias e os principais fatores de risco que podem aumentar a sua incidência no pós-operatório, de forma a direcionar e personalizar a atuação profissional. Emerge também a necessidade de perceber o efeito da reabilitação respiratória no contexto da cirurgia abdominal, e os aspetos que devem pautar a atuação e os cuidados do enfermeiro especialista em reabilitação.

1.1. Complicações respiratórias cirúrgicas mais comuns e fatores de risco associados

As complicações respiratórias que podem ocorrer no período pós-operatório justificam a sua ocorrência devido à depressão da função pulmonar. Esta pode ser provocada por alteração dos volumes pulmonares, disfunção diafragmática e alterações de perfusão, sendo os fatores de risco pré-existentes da pessoa e os aspetos cirúrgicos, preponderantes para a sua instalação (Simmons & Simmons, 2012).

As principais complicações referidas pelos autores são a atelectasia, a pneumonia, o trombo-embolismo pulmonar, o derrame pleural, a hipoxemia e a falência respiratória (Canet et al., 2010; Isaías et al., 2012; Simmons & Simmons 2012).

Na pneumonia, os fatores de risco pessoais como a idade, a obesidade, a malnutrição, a imunossupressão e a doença pulmonar são considerados de alta importância no estabelecimento da sua incidência (Dronkers et al. 2008, citado em Isaías et al., 2012; Simmons & Simmons, 2012). A sua importância no contexto dos cuidados de saúde cirúrgicos é confirmada por um estudo de Thompson et al. (2006), que apresenta uma mortalidade de 10% numa população de doentes submetidos a cirurgia intra-abdominal, que contraíram pneumonia no período pós-operatório. Refere ainda como resultados o aumento no tempo de internamento (mais onze dias), nos tempos de recuperação, e os custos associados (superiores a 75% do custo base).

O quadro seguinte pretende resumir as principais complicações respiratórias e causas associadas ao seu aparecimento e desenvolvimento.

Quadro 2. Complicações respiratórias pós-operatórias e causas associadas.

Complicações respiratórias	Causas associadas
<ul style="list-style-type: none"> Atelectasia 	<p>Por obstrução (retenção de muco) ou hipoventilação (diminuição tensão superfície alveolar)</p> <p>Por tosse ineficaz, respiração superficial, efeito local do anestésico e altas concentrações de oxigénio (Simmons & Simmons, 2012).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Tromboembolismo pulmonar 	<p>Por estase venosa, decorrente de imobilidade e/ou fatores de risco pessoais (Simmons & Simmons, 2012).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Pneumonia 	<p>Maior risco de desenvolvimento na cirurgia torácica e abdominal alta e com a utilização de anestesia geral. Causas podem ser tosse ineficaz e inibição da função ciliar, acumulação de muco e alteração do padrão ventilatório, e alteração do estado de consciência, com aumento do risco de regurgitação gástrica e aspiração.</p> <p>(Dronkers et al. 2008, citado em Isaías et al., 2012; Simmons & Simmons, 2012).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Derrame pleural 	<p>Ocorre na cirurgia abdominal por manipulação do diafragma, cuja retração pode provocar lesão e irritação, ou por processos de inflamação local associada ao acto cirúrgico (Isaías et al., 2012).</p> <p>Na cirurgia torácica e cardíaca é provocado pelo enxerto de revascularização da artéria torácica interna, que provoca alterações na microcirculação e drenagem linfática (Bertol et al. 2008, Alcântara & Santos, 2008, citados em Isaías et al., 2012).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Hipoxémia 	<p>Por alteração da ventilação alveolar, decorrente da redução da capacidade funcional residual e do aumento da retração elástica pulmonar. Está associada à limitação dos movimentos respiratórios, à imobilidade por dor, retenção de secreções e inibição da tosse. Pode também surgir como um sintoma das outras complicações (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal & Maia, 1988; Isaías et al., 2012).</p>

A identificação precoce dos fatores de risco para o desenvolvimento destas complicações tem sido estudada por vários autores no sentido da importância crescente que a antecipação e modificação dos eventos adversos modificáveis, associados às intervenções cirúrgicas, tem vindo a assumir na definição da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Tal é traduzido pela construção de índices preditivos de risco cirúrgico (Canet et al., 2010; Brueckmann et al.2013), ou por estudos que procuram confirmar a importância dos fatores de risco identificados na literatura pela evidência científica (Smetana, Lawrence & Cornell, 2006; Smetana, 2009; Gazarian, 2006; Brueckmann et al., 2013).

O quadro seguinte agrega alguns dos principais fatores de risco identificados pelos autores, relacionados com o doente e com os procedimentos cirúrgicos.

Quadro 3. Fatores de risco para as complicações respiratórias cirúrgicas.

Factores de risco para as complicações respiratórias cirúrgicas	
Relacionadas com a pessoa	Relacionadas com o procedimento
<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Classe ASA »2 (doença sistémica leve)⁵ • Insuficiência cardíaca congestiva • Dependência funcional • DPOC <p>(Smetana et al., 2006; Smetana, 2009; Cazarian, 2006; Canet et al.,2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade • Tabagismo • Desnutrição <p>(Cazarian, 2006; Isaías et al., 2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia <p>(Canet et al., 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de cirurgia (por ordem de evidência): aórtica, torácica, abdominal, abdominal alta, neurológica, cabeça e pescoço, vascular (Smetana et al., 2006, Smetana, 2009) • Tempo prolongado do ato cirúrgico • Emergência da cirurgia (Smetana et al., 2006; Smetana, 2009; Canet et al., 2010; Brueckmann et al., 2013) • Uso de anestesia geral (Smetana, 2009; Isaías et al., 2012) • Uso de analgésicos • Dor (Isaías et al., 2012) • Necessidade de ventilação mecânica »48h (Shander et al., 2011)

⁵ Índice preditivo de morbilidade da *American Society of Anesthesiology* (ASA), com classificação de 1 (saúdável), a 5 (moribundo, não se espera que sobreviva sem a cirurgia). (Smetana, 2009).

O aumento da *idade* surge como um fator de risco consensual entre os autores. Está associado a perda de *compliance* pulmonar, diminuição da capacidade vital, diminuição do mecanismo muco-ciliar e do reflexo da tosse, e diminuição da capacidade imunológica (Olmos 2008, Pryor e Webber, 1998, Couto et al.1992, citados por Isaías et al., 2012).

A doença pulmonar prévia, nomeadamente a *DPOC*, é considerada por Simmons & Simmons (2012) como podendo duplicar a probabilidade do desenvolvimento de complicações. A sua etiologia está associada ao aumento de secreções, aumento do volume residual e condicionamento da ventilação alveolar, com consequente hipoxia, por aumento da resistência à passagem do ar (Isaías et al., 2012).

A *obesidade* está associada a restrição das capacidades e volumes pulmonares, com aumento do trabalho respiratório e do consumo de oxigénio, e encontra-se associada a co morbilidades como a asma, a diabetes e as doenças cardíacas (Isaías et al., 2012; Simmons & Simmons, 2012). Por outro lado, a *desnutrição* interfere na resposta imunológica e na capacidade de cicatrização, que surge associada a maior incidência de pneumonia (Couto et al.1992, citados por Isaías et al., 2012). Além disso, está associada a resposta exagerada ao *stress* e atraso na recuperação funcional (Simmons & Simmons, 2012).

O *tabagismo* altera o mecanismo de depuração muco-ciliar, provoca estreitamento das vias aéreas e hiper-reactividade não específica, sendo defendido que duplica o risco cirúrgico (Olmos 2008, Pryor e Webber, 1998, Couto et al.1992, citados por Isaías et al., 2012). É defendido que a cessação 4 a 8 semanas antes da cirurgia reduz o risco de complicações (Simmons & Simmons, 2012).

Nos autores consultados, há a referir a falta de consenso na identificação da obesidade, da desnutrição e do tabagismo como fatores de risco primários. Smetana (2009) defende que na revisão sistemática de literatura por si realizada, a importância do tabagismo e da desnutrição estão suportados por fraca evidência científica, e a obesidade surge mesmo como tendo evidência científica de não ser fator de risco.

Em relação ao *efeito anestésico*, este é responsável por fatores como o aumento de viscosidade de muco e redução da sua velocidade; dessensibilização do

centro respiratório, aumento do tônus abdominal por espasmo muscular reflexo e redução da atividade do nervo frénico, que comanda o diafragma (Isaías et al., 2012). A anestesia geral e o uso de bloqueadores neuromusculares de longa ação, como o pancurônio, estão associados a maior incidência de complicações (Simmons & Simmons, 2012).

A *analgesia* também provoca alterações da função respiratória, por depressão do centro respiratório, diminuição da atividade ciliar e diminuição do reflexo da tosse (Isaías et al., 2012).

A *dor* associada ao procedimento cirúrgico e às suas consequências resulta em restrição da mobilidade como mecanismo de defesa, limitando a expansão torácica e condicionado o padrão respiratório (geralmente caracterizado por aumento da frequência respiratória e baixo volume corrente). Tal aspeto aumenta o risco de estase de secreções, de atelectasia pulmonar, assim como de fenómenos tromboembólicos (Schwartz et al. 1996, citado em Isaías et al., 2012).

Decorrente dos dados anteriores, conclui-se que a antecipação dos fatores de risco, a intervenção sobre os fatores que se podem modificar e a atuação precoce sobre as complicações, podem introduzir diferença significativa nos resultados para a pessoa submetida a cirurgia. As estratégias para a redução do risco de complicações incluem a redução dos fatores de risco, a melhoria do estado geral da pessoa, a educação para a saúde e a reabilitação respiratória peri-operatória. O seu objetivo a longo prazo é melhorar a qualidade de vida e funções residuais, evitando as hospitalizações secundárias (Makhahah, Martino & Ambrosino, 2013).

A reabilitação respiratória assume-se como uma intervenção de relevo para a otimização da função respiratória da pessoa sujeita a cirurgia. Segundo Heitor et al. (1988), a reeducação funcional respiratória no doente cirúrgico pretende prevenir e corrigir as complicações pulmonares, pleurais, circulatórias e posturais do pós-operatório, conseguindo uma recuperação funcional rápida e completa. Está indicada em todas as cirurgias torácicas, abdominais, ou em que foi utilizada anestesia geral, assim como nas pessoas com fatores de risco pessoais, devendo ser iniciada precocemente (Heitor et al., 1988; Isaías et al., 2012).

1.2. A importância das técnicas de reabilitação respiratória em cirurgias abdominais

A evidência científica disponível não é consensual sobre o benefício das técnicas de reabilitação respiratória nas cirurgias abdominais, assim como, sobre o benefício do uso de determinadas técnicas em detrimento de outras.

Uma revisão sistemática da literatura de Pasquina, Tramèr, Granier & Walder (2006), sobre o efeito de técnicas e tratamentos específicos de fisioterapia respiratória (termo usado pelo autor) na prevenção de complicações pulmonares após cirurgias abdominais, destaca alguns estudos que concluem a diminuição da incidência de pneumonia e atelectasia com inspirações profundas, tosse dirigida e drenagem postural. No entanto, evidencia a fraca qualidade metodológica dos estudos, sendo que alguns apenas suportam a importância profilática destas intervenções, não justificando o seu uso rotineiro.

Outra revisão sistemática de Lawrence, Cornell & Smetana (2006), sobre as estratégias que reduzem as complicações pulmonares pós-operatórias em cirurgias não cardiotorácicas, aponta como estratégias de evidência comprovada as técnicas de expansão pulmonar - como o espirômetro de incentivo, as inspirações profundas e a pressão positiva contínua - na redução do risco pulmonar pós-operatório após cirurgia abdominal.

No entanto, Nascimento Júnior et al. (2014) concluem, após a realização de uma revisão sistemática de literatura, que a utilização do espirômetro de incentivo na prevenção de complicações pulmonares na cirurgia alta abdominal não demonstrou benefício estatisticamente significativo em relação a outros métodos (como os exercícios de inspiração profunda), assim como na prevenção destas complicações, carecendo de novos estudos e evidência científica de melhor qualidade.

Cattano et al. (2010) referem uma conclusão semelhante, no contexto da cirurgia bariátrica, ao chegarem à conclusão de que o uso pré-operatório do espirômetro não melhorou significativamente a capacidade inspiratória, e não foi comprovado o seu benefício na prevenção de complicações pós-operatórias. No entanto, na prática corrente os dispositivos de pressão expiratória positiva são largamente utilizados e recomendados, principalmente no período pós-operatório (Johansson, Sjöholm, Stafberg & Westerdhal, 2013).

Branson (2013), após rever a literatura sobre o tema da reabilitação respiratória no período pós-operatório, refere o uso do dispositivo de *CPAP* (*continuous positive expiratory pressure*) na hipoxemia pós-operatória como tendo benefício comprovado por evidência; mas a espirometria de incentivo e os dispositivos de expiração forçada não têm evidência que justifique o seu benefício, assim como os exercícios respiratórios na prevenção de complicações.

Encontra-se alguns estudos que demonstram a eficácia da reabilitação respiratória na prevenção e incidência de complicações específicas, em tipos de cirurgias abdominais. Outros avaliam os benefícios obtidos pela terapia respiratória pré-operatória ou comparam a eficácia de diversas técnicas, como os exercícios de expansão torácica, treino muscular, e o uso de dispositivos como o espirômetro de incentivo ou de pressão positiva.

Dronkers, Veldman, Hoberg, Van der Waal & Van Meeteren (2008) realizaram um estudo controlado randomizado sobre a eficácia de um programa de treino muscular inspiratório na diminuição da incidência de complicações pulmonares em pessoas submetidas a cirurgia eletiva de correção de aneurisma da aorta abdominal. Verificou-se que o exercício foi bem tolerado, sem evidência de efeitos adversos, e a menor incidência de atelectasia no grupo de intervenção em relação ao grupo de controlo.

Neste âmbito, também um estudo de Kulkarni, Fletcher, McConnell, Poskitt & Whyman (2010) chegou à conclusão de que o treino dos músculos inspiratórios nas duas semanas anteriores à cirurgia abdominal manteve a capacidade inspiratória dessas pessoas no período pós-operatório, o que não se verificou com o uso do espirômetro de incentivo ou com os exercícios respiratórios.

Lunardi, Resende, Cerri & Carvalho (2008) efetuaram um estudo retrospectivo sobre o efeito da fisioterapia respiratória na incidência de complicações pulmonares após esofagectomia. Os autores concluíram que o grupo que manteve o exercício respiratório até à alta hospitalar teve 75% menor incidência de derrame pleural e 50% menor incidência de broncopneumonia, em comparação com o grupo que apenas recebeu estes cuidados na fase de cuidados intensivos.

Lococo et al. (2012) efetuaram um estudo retrospectivo que avaliou a função pulmonar de doentes submetidos a esofagectomia, realizando um programa *standard* e um programa intensivo de reabilitação. Chegaram à conclusão de que o

segundo grupo conseguiu recuperar a função pulmonar pré-cirurgia, ao contrário do primeiro grupo, que teve uma recuperação incompleta, extrapolando o impacto destes resultados na sua recuperação a longo prazo e qualidade de vida.

Em relação à mesma cirurgia, outro estudo de Inoue et al. (2013), num estudo retrospectivo de coortes, chegaram à conclusão de que a aplicação de um programa de reabilitação respiratória intensiva por um período superior a sete dias e iniciado no período pré-operatório, reduziu a incidência de complicações pulmonares pós-operatórias nestes doentes (o grupo de intervenção apresentou uma incidência de 6,4% e o grupo de controlo de 24,3%).

Desta informação consegue-se perceber a importância da reabilitação respiratória no período peri-operatório em contexto de cirurgia abdominal, e a relação que pode estabelecer com a incidência das complicações respiratórias nestas pessoas. No entanto, não se pode deixar de sublinhar a disparidade de resultados em relação à eficácia das diferentes técnicas, o que se pode explicar talvez pela divergência de características das amostras estudadas e divergência de técnicas que constituíram os programas de reabilitação respiratória em estudo.

1.3. A Enfermagem de Reabilitação e a reabilitação respiratória em cirurgia

A reabilitação respiratória em cirurgia não surge na literatura no domínio específico da Enfermagem de Reabilitação, a maioria das vezes é associada ao campo da fisioterapia ou da medicina de reabilitação. Este aspeto é sublinhado até pela frequência dos termos utilizados na literatura, “fisioterapia respiratória”, em dissonância com o utilizado no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, “reabilitação respiratória”, ou “reeducação funcional respiratória” (RFR). Desta forma, sublinha-se a escassez de evidência científica publicada no domínio da Enfermagem de Reabilitação (e especificamente na reabilitação respiratória no âmbito da cirurgia abdominal), que sustenta o benefício e a evidência dos cuidados sensíveis à prática do enfermeiro de reabilitação nesta área.

No entanto, as competências do EERR no âmbito da reeducação funcional respiratória enquadram-se no campo da cirurgia, pelos aspetos de alteração da dinâmica ventilatória e risco de complicações respiratórias já anteriormente referidos.

À partida, sublinha-se a sua ação no período pré-operatório e pós-operatório. A preparação da pessoa para a cirurgia é de suma importância. O conhecimento e a adesão da pessoa aos cuidados no período pré-operatório permitem minimizar o potencial de complicações e promover a parceria que irá ser fundamental no planeamento e implementação dos cuidados, com vista à recuperação máxima. A educação pré-operatória permitirá tranquilizar e minimizar receios, estabelecer confiança e conseguir a colaboração da pessoa para a fase pós-operatória (Isaías et al., 2012).

Desta forma, no período pré-operatório os objetivos serão a capacitação prévia para os movimentos e atitudes corretas a adotar no pós-operatório, que promovam a ventilação pulmonar e a oxigenação do sangue, assim como a melhoria da função pulmonar previamente à cirurgia, reduzindo o índice de risco da pessoa para o desenvolvimento de complicações (Heitor et al., 1988; Isaías et al., 2012).

No período pós-operatório, os cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória pretendem melhorar a função respiratória, manter a amplitude dos movimentos e reeducar no esforço. Estes objetivos podem ser alcançados através da manutenção da ventilação adequada, da reexpansão pulmonar, da libertação de secreções, da correção dos defeitos ventilatórios, da promoção do posicionamento e mobilização no leito, do levante precoce e marcha e da correção das posturas viciosas que se instalam devido às incisões cirúrgicas e à dor. (Isaías et al., 2012).

Segundo Isaías et al., 2012, as técnicas a utilizar para atingir estes objetivos são variadas, encontrando-se resumidas no quadro seguinte:

Quadro 4. Técnicas de RFR no período peri-operatório.

Pré-operatório	Pós-operatório
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de relação de confiança que promova adesão ao plano de cuidados; • Redução da ansiedade e focalização na informação e nas aprendizagens • Ensino sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Posição de descanso e 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma posição de conforto e relaxamento • Uso de técnicas de relaxamento (e.g. visualização guiada) • Drenagem postural modificada • Tosse dirigida ou assitada com contenção da ferida operatória

- relaxamento
- Consciencialização, controlo e dissociação dos tempos respiratórios
- Respiração abdomino-diafragmática
- Tosse com contenção da ferida operatória
- Movimentos activos e correção postural
- Drenagem postural, tosse assitida e dirigida, ciclo activo de técnicas respiratórias (CATR)
- Ciclo ativo das técnicas respiratórias
- Reeducação diafragmática
- Reeducação costal global ou seletiva
- Exercícios de expansão torácica
- Treino dos músculos respiratórios
- Exercícios de inspirações profundas
- Técnicas de correção postural em frente ao espelho quadriculado
- Mobilização da cintura escapular
- Reeducação no esforço (levante precoce, marcha, subida de escadas)

As ações e métodos descritos no quadro anterior não são específicos do EEER, ou para a pessoa submetida a cirurgia abdominal. Antes, comungam da evidência científica na área, e são idênticos para pessoas com outras patologias que beneficiam de reabilitação respiratória, salvaguardando as especificidades próprias que se deve ter em atenção.

As intervenções do EEER visam a manutenção de capacidades, a prevenção de complicações e a melhoria de funções. Visam todo o percurso da pessoa, desde o período inicial pré-operatório, passando pelo período de internamento hospitalar (que se pretende curto e isento de intercorrências negativas), pelo planeamento da alta e reintegração no domicílio e ambiente social, estendendo-se à continuidade de cuidados em contexto comunitário se necessário, em consonância com a visão de continuidade e acompanhamento de cuidados, característica da prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010b; Mitchell, 2011).

A vantagem que os cuidados de reabilitação em enfermagem poderão apresentar em relação a outras áreas de conhecimento será a visão individualizada e multidimensional da pessoa, nas suas dimensões física, funcional e psicossocial, baseada num corpo de conhecimentos específicos da profissão e da especialidade, que lhe permitirá atuar em todos os domínios que sejam sensíveis aos seus cuidados. Estes aspetos, que constituem o núcleo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, permitem desenvolver planos de cuidados diferenciados e personalizados, que têm em conta a promoção da saúde, a prevenção de

complicações secundárias, o tratamento e a reabilitação, no sentido de maximizar o potencial da pessoa, preservar a sua autoestima e favorecer a reintegração social. (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Na orientação da prática dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação nesta área de conhecimento, a adoção de um modelo teórico revela-se estruturante para o exercício profissional, no sentido em que compreender a conceção dos cuidados de enfermagem à luz de uma teoria ajuda a enquadrar, planear, desenvolver e avaliar esses mesmos cuidados.

a teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos. (...) os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisões na prática profissional e é mais provável que sejam bem sucedidos. (...) Por conseguinte, a teoria conduz à autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação dentro da profissão. (Tomey & Alligood, 2004, p.12-13).

A Ordem dos Enfermeiros (2010b) defende os modelos de autocuidado e das transições, mas existem muitos outros que se ajustam aos cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente os modelos ambientais e ecológicos, que compreendem a reabilitação em diferentes contextos e ambientes, e a sua influência no processo de reabilitação (Wutz & Davis, 2011).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman enquadra-se nesta categoria. Foi publicado pela primeira vez em 1972, e melhorado nas décadas seguintes, por ser reconhecida a sua aplicabilidade prática. A sua aplicação é transversal aos contextos de ensino, investigação e prática de cuidados. Baseia-se nos conceitos de homeostase e *stress*, na teoria dos sistemas (que defende todos os organismos vivos como sistemas abertos em interação com outros) e no modelo conceptual dos níveis de prevenção de Caplan (Freese, 2004).

O seu propósito principal é assistir o cliente no atingimento, manutenção ou reparação da estabilidade ótima, que é variável ao longo do tempo e do ciclo de vida da pessoa. A estabilidade compreende a harmonia entre os estímulos ambientais e as cinco variáveis do sistema do cliente - física, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual - podendo ser alterada por *stressores* intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, percebidos como positivos ou negativos pela pessoa.

Estes *stressores* podem alterar as normais linhas de defesa do indivíduo e provocar desarmonia, cujo resultado é a doença (Neuman, 2011).

A intervenção de enfermagem baseia-se em três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária – de acordo com o grau de reação aos *stressores*, com os objetivos, recursos e resultados pretendidos. (Freese, 2004; Neuman, 2011). No **Apêndice I** apresenta-se alguma informação complementar sobre o Modelo e os seus níveis de prevenção.

O Modelo de Neuman é considerado como aplicável em qualquer contexto de saúde ou ambiente comunitário, pois os seus pressupostos são aplicáveis a vários clientes, equipas de saúde e ambientes. Considera várias tipologias de clientes - indivíduos, famílias, grupos e comunidades - e defende a relação de parceria entre o cliente e o cuidador para a prossecução e atingimento dos objetivos (Neuman, 2011).

A aplicação deste modelo aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente no contexto do doente cirúrgico, decorre do paralelismo que é possível fazer entre a cirurgia e a vivência da experiência cirúrgica como um evento *stressor* que altera o equilíbrio da pessoa e as suas normais linhas de defesa. Também os níveis de intervenção defendidos no Modelo encontram paralelismo com as intervenções designadas nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.1).

Efetuando a ponte com os níveis de prevenção do Modelo de Neuman, pode-se afirmar que a prevenção primária relaciona-se com as ações preventivas de reabilitação, nomeadamente o ensino de intervenções e cuidados que promovam a manutenção das capacidades funcionais e a prevenção de complicações e incapacidades; a prevenção secundária relaciona-se com as intervenções

terapêuticas que visam melhorar a função, manter ou recuperar a independência; e a prevenção terciária centra-se na maximização das funções e do potencial da pessoa de forma a minimizar o impacto das incapacidades e promover independência e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010b; Neuman, 2011).

De forma a clarificar esta ideia, no **Apêndice I** encontra-se uma figura construída que pretende ser uma forma de aplicação do modelo de Neuman à problemática em estudo.

Este projeto centra-se na reabilitação respiratória da pessoa num contexto cirúrgico, mas no espírito dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação não pode e não pretende ser alheio a outros aspetos específicos e comuns dos cuidados à pessoa submetida a cirurgia, como a manutenção e recuperação das suas capacidades, nomeadamente motora e funcional, a capacitação da pessoa e família, a continuidade dos cuidados e a reintegração com sucesso no ambiente familiar e social (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

O desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista de Enfermagem de Reabilitação compreende todos estes aspetos, prevendo-se a sua intervenção no âmbito de uma equipa multidisciplinar, em que os diferentes campos de ação se complementam, articulam e interagem. Esta visão está compreendida no planeamento deste projeto, estando traduzida na integração de dois contextos de cuidados - hospitalar e comunitário – e no planeamento das atividades a desenvolver.

2. O CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO

No seguimento da ideia anterior, pretende-se desenvolver competências específicas de EEER em diferentes contextos de prática clínica. À escolha dos contextos esteve inerente a pré-seleção institucional, assim como o conhecimento das características de cada local, que poderiam dar respostas aos objetivos da problemática em estudo. São estes:

. [REDACTED]

[REDACTED]

. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

O [REDACTED] é um serviço hospitalar que foi criado nos anos 60, e que dá apoio aos utentes do hospital em regime de ambulatório e em internamento. Situa-se no [REDACTED], e funciona das [REDACTED].

Em termos físicos, o serviço compreende uma sala onde funciona a Consulta de [REDACTED], e onde é efetuado o acolhimento inicial do doente; uma sala de terapia de aerossol; salas de tratamento; e o Hospital de Dia da Fibrose Quística, o mais recente projeto desenvolvido pela equipa.

Os seus utentes apresentam patologias variadas, como a doença pulmonar obstrutiva crónica, a fibrose quística, a fibrose pulmonar ou outras patologias respiratórias como as bronquiectasias. Os doentes cirúrgicos no pré-operatório e pós-operatório também são acompanhados, realizando o treino de exercício pré-operatório e a reabilitação respiratória pós-operatória.

A sua equipa de enfermagem residente é constituída por sete enfermeiros especialistas, mais a enfermeira chefe que desempenha funções de coordenação. Estes articulam os seus cuidados com outras valências do hospital, como a consulta de Diabetes, o Serviço de Psicologia ou o Serviço Social, de acordo com as necessidades identificadas.

Os doentes são sinalizados pelo seu médico, e deslocam-se às instalações físicas do serviço, ou em alternativa, se a sua condição não o permitir, os enfermeiros deslocam-se aos internamentos, efetuando um acompanhamento continuado do doente. São também muitas vezes alocados aos internamentos, para dar apoio às equipas residentes no âmbito dos seus cuidados especializados.

Os seus cuidados são desenvolvidos no âmbito da reeducação funcional respiratória, nomeadamente nos exercícios específicos respiratórios, no treino do exercício e no ensino da terapêutica inalatória.

Estas informações foram obtidas através de uma entrevista informal realizada com a Enfermeira Responsável do serviço, numa visita planeada com o intuito de conhecer as características do contexto e sua adequação aos objetivos do projeto. O guião de entrevista pode ser consultado no **Apêndice II**.

Em relação ao contexto do [REDACTED], até à data não foi possível realizar a entrevista e visita local, por atrasos institucionais em relação aos consentimentos formais necessários.

Sendo um contexto comunitário, espera-se retirar aprendizagens específicas do âmbito desse tipo de contexto, no sentido do desenvolvimento de competências de EEER, sendo que algumas poderão ser enquadradas nos objetivos específicos deste projeto, mas sem essa obrigatoriedade.

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

Na sequência da temática apresentada, apresenta-se como objetivo geral deste projeto de formação:

Desenvolver competências como enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito da intervenção ao nível da reabilitação respiratória da pessoa, em contexto de cirurgia abdominal.

A partir deste objetivo foram construídos alguns objetivos específicos, que correspondem às competências que se pretendem desenvolver como EEER e que se encontram explicitadas nos Regulamentos de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) e no Regulamento de Competências específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

O quadro seguinte apresenta esses mesmos objetivos, associados às competências que se pretende desenvolver.

Quadro 5. Competências de Enfermeiro Especialista a desenvolver e respetivos objetivos específicos.

Competências comuns do Enfermeiro Especialista	Objetivos específicos
---	------------------------------

Do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
- Desenvolve competências de EEER, em diferentes contextos e equipas de saúde, tendo em conta as dimensões éticas, profissional e legal dos cuidados.

Do domínio da melhoria contínua da qualidade:

- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
- Colabora com a equipa de saúde na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.
- Contribui para a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

Do domínio da gestão dos cuidados:

- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.
- Colabora ao nível das tomadas de decisão, inserida nas equipas multiprofissionais, no sentido da otimização do processo de cuidados.
- Garante a segurança e qualidade das atividades delegadas, através da orientação e supervisão.

Do domínio das aprendizagens profissionais:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
- Favorece as aprendizagens nos contextos de trabalho, com vista ao desenvolvimento de competências profissionais.
- Suporta os cuidados no corpo de conhecimentos específicos da profissão, da especialidade e na evidência científica.

Competências específicas do EEER	Objetivos específicos
<p>➤ Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve competências de intervenção para a reabilitação da pessoa submetida a cirurgia. • Identifica as alterações específicas de âmbito respiratório na pessoa submetida a cirurgia abdominal. • Desenvolve cuidados que promovam a otimização e/ou reeducação da função respiratória da pessoa submetida a cirurgia abdominal, em todo o período peri-operatório.
<p>➤ Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve planos de intervenção que capacitem a pessoa submetida a cirurgia para a reintegração no seu ambiente social, maximizando a sua autonomia e qualidade de vida.
<p>➤ Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve cuidados que promovam a otimização e maximização das funções motora e cardiorrespiratória das pessoas submetidas a cirurgia abdominal.

A partir destes objetivos específicos construíram-se as atividades, indicadores e critérios de avaliação, que pretendem constituir a operacionalização em contexto desses mesmos objetivos, no sentido do desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista. Os recursos a utilizar para a realização das atividades propostas consideram-se transversais a todas elas. Esta informação encontra-se esquematizada e disponível para consulta no **Apêndice III**.

As atividades planeadas neste projeto estão programadas para poderem ser desenvolvidas nos dois contextos de prática clínica, de âmbito comunitário e de âmbito hospitalar, estando programado um total de 9 semanas em cada um. Esta programação temporal pode ser observada no cronograma, disponível em **Apêndice IV**.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto assume-se como um plano de desenvolvimento de competências numa área temática. É considerado um processo inacabado, em contínuo desenvolvimento e melhoria, de acordo com as aprendizagens e oportunidades dos contextos onde se irá desenvolver.

O facto do conhecimento sobre as características e dinâmica dos contextos ser, de certa forma, superficial pode levar à necessidade de ajustamento das atividades a desenvolver, pelo que esta possibilidade fica desde já expressa.

A problemática em estudo assume-se como pertinente para a intervenção do EEER, cujas ações podem contribuir para ganhos em saúde para a pessoa que é submetida a uma intervenção cirúrgica.

De um modo mais amplo, pretende-se que o desenvolvimento deste projeto e o estudo da problemática nos contextos seja o ponto de partida para o desenvolvimento de competências específicas do âmbito do EEER, que se assume como um processo reflexivo, de integração do conhecimento teórico na prática de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde & Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2011). Complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos [em linha]. *Portal de Codificação e dos GDH Web site*. Acedido em 09-06-14. Disponível em http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Complica%C3%A7%C3%B5es_relacionadas_com_procedimentos_cir%C3%BArgicos. Acedido em 09-06-14.
- Boehnlein, M.J. & Marek, J.F. (2003). Enfermagem pós-operatória. In W.J. Phipps, J.K. Sands & J.F. Marek (Eds.). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (H. S. Azevedo, L.C. Leal, N. Diogo, A.P.S.S. Espada, Trad.) (6ªed.) (Vol. 1, pp. 587-615). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês *Medical-Surgical Nursing concepts and clinical practice*, 6th ed., 1999, Mosby Inc.).
- Branson, R.D. (2013). The scientific basis for postoperative respiratory care. *Respiratory Care*, 58(3), 1974-1984. **DOI:** 10.4187/respcare.02832
- Brueckmann, B., Villa-Urbe, J.L., Bateman, B.T., Grosse-Sundrup, M., Hess, D.R., Schlett, C.L. & Eikermann, M. (2013). Development and validation of a score for prediction of postoperative respiratory complications. *Anesthesiology*, 118(6), 1276-1285. Acedido em 01-06-2014. Disponível em <http://journals.lww.com/anesthesiology/pages/articleviewer.aspx?year=2013&issue=06000&article=00015&type=abstract>
- Canet, J., Gallart, L., Gomar, C., Paluzie, G., Vallès, J., Castillo, J., Sabaté, S., Mazo, V., Briones, Z. & Sanchis, J. (2010). Prediction of postoperative pulmonary complications in a population-based surgical cohort. *Anesthesiology*, 113(6), 1338-1350. Acedido em 01-06-2014. Disponível em <http://journals.lww.com/anesthesiology/pages/articleviewer.aspx?year=2010&issue=12000&article=00020&type=abstract>

- Cattano, D., Altamirano, A., Vannucci, A., Melkinov, V., Cone, C. & Hagberg, C.A. (2010). Preoperative use of incentive spirometry does not affect postoperative lung function in bariatric surgery. *Translational Research*, 156(5), 265-272. **DOI:**10.1016/j.trsl.2010.08.004
- Dimick, J.B., Chen, S.L., Taheri, P.A., Henderson, W.J., Khuri, S.F. & Campbell Jr, D.A. (2004). Hospital costs associated with surgical complications: A report from the private-sector national surgical quality improvement program. *Journal of the American College of Surgeons*, 199(4), 531-537. **DOI:** 10.1016/j.jamcollsurg.2004.05.276
- Doherty, G.M., Mulvihill, S.J. & Pellegrini, C.A. (2004). Complicações pós-operatórias. In L.W.Way & G.M.Doherty (Eds). *Cirurgia – Diagnóstico e tratamento* (F. Mundim et al., Trad.) (11ªed.) (pp.19-30). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.. (Tradução da versão inglesa Current Surgical Diagnosis & Treatment, 11th ed., 2004).
- Dronkers, J., Veldman, A., Hoberg, E., Van der Waal, C. & Van Meeteren, N. (2008). Prevention of pulmonary complications after upper abdominal surgery by preoperative intensive inspiratory muscle training: a randomized controlled pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 22, 134-142. **DOI:** 10.1177/0269215507081574
- Fonseca, A.S. (2011). *Influência da cirurgia abdominal na função pulmonar e capacidade de tosse*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto. (Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, Porto). Disponível no RCAAP.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman. Modelo de sistemas. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (A.R. Albuquerque, Trad.) (5ª ed.) (pp.3-14). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Nursing theorists and their work, 5th ed., 2002, Mosby Inc.).
- Gazarian, P.K. (2006). Home study program. Identifying risk factors for postoperative pulmonary complications. *AORN Journal*, 84(4), 615-625. **DOI:** [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)63940-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-2092(06)63940-9)

- Heitor, M.C., Canteiro, M.C., Ferreira, J.M.R., Olazabal, M. & Maia, M.O. (1988). *Reeducação funcional respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Inoue, J., Ono, R., Makiura, D., Kashiwa-Motoyama, M., Miura, Y., Usami, M., Nakamura, T., Imanishi, T. & Kuroda, D. (2013). Prevention of postoperative pulmonary complications through intensive preoperative respiratory rehabilitation in patients with esophageal cancer. *Diseases of the Esophagus*, 26, 68-74. **DOI:**10.1111/j.1442-2050.2012.01336.x
- Isaías, F., Sousa, L. & Dias, L. (2012). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coords.) *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 303-314). Loures: Lusociência.
- Johansson, H., Sjöholm, R., Stafberg A. & Westerdhal, E. (2013). Breathing exercises with positive expiratory pressure after abdominal surgery – The current physical therapy practice in Sweden. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*, 4(6), 325. **DOI:** 10.4172/2155-6148.1000325
- Khan, N.A., Quan, H., Bugar, J.N., Lemaire, J.B., Brant, R. & Ghali, W.A. (2006). Association of postoperative complications with hospital costs and length of stay in a tertiary care center. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 177-180. **DOI:** 10.1111/j.1525-1497.2006.00319.x
- Kulkarni, S.R., Fletcher, E., McConnell, A.K., Poskitt K.R. & Whyman, M.R. (2010). Pre-operative inspiratory muscle training preserves postoperative inspiratory muscle strength following major abdominal surgery – a randomised pilot study. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 92, 700-705. **DOI:** 10.1308/003588410X12771863936648
- Lawrence, V.A., Cornell, J.E. & Smetana, G.W. (2006). Strategies to reduce postoperative pulmonary complications after noncardiothoracic surgery: Review for the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 144(8), 596-608. Acedido em 29-06-14. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=722395>

- Lococo, F., Cesario, A., Sterzi, S., Magone, G., Dall'Armi, V., Mattei, F., Varone, F., Porziella, V., Margaritora, S. & Granone, P. (2012). Rationale and clinical benefits of an intensive long-term pulmonary rehabilitation program after oesophagectomy: preliminary report. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 7(21). **DOI:** 10.1186/2049-6958-7-21
- Lunardi, A.C., Resende, J.M., Cerri, O.M. & Carvalho, C.R.F. (2008). Efeito da continuidade da fisioterapia respiratória até a alta hospitalar na incidência de complicações pulmonares após esofagectomia por câncer. *Fisioterapia e Pesquisa*, 15(1), 72-77. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502008000100012>
- Lutz, B.J. & Davis, S.M. (2011). Modelos teóricos e práticos para a Enfermagem de Reabilitação. In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva et al, Trad.) (4ªed.) (pp.15-30). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Rehabilitation Nursing – Prevention, intervention & outcomes, 4th ed., 2008, Mosby Inc.).
- Makhabah, D.N., Martino, F. & Ambrosino, N. (2013). Peri-operative physiotherapy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 8(4). **DOI:** 10.1186/2049-6958-8-4
- Ministério da Saúde (2013). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS 2012*. Acedido em 08-06-2014. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/5FB93D71-8674-4061-8A22-5156F0A6214E/0/12072013_RA_Acesso_2012.pdf
- Mitchell, M. (2011). The future of surgical nursing and enhanced recovery programmes. *British Journal of Nursing*, 20(16), 978-984. Acedido em 25-06-14. Disponível em http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=86078;article=BJN_20_16_978_984
- Nascimento Júnior, P., Módolo, N.S.P., Andrade, S., Guimarães, M.M.F., Braz, L.G. & El Dib, R. (2014). Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014*, Issue 2, Art. N°:CD006058. **DOI:** 10.1002/14651858.CD006058.pub3.

- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B.Neuman & J.Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model* (5th edition) (pp.3-33). New Jersey: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 25-05-14. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 25-05-14. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Pasquina, P., Tramèr, M.R., Granier, J-M & Walder, B. (2006). Respiratory physiotherapy to prevent pulmonary complications after abdominal surgery: A systematic review. *Chest*, 130(6), 1887-1899. **DOI:** 10.1378/chest.130.6.1887
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1986). *Modelos para o exercício de Enfermagem* (M.J. Simeão, Trad.) (1^aed.). Lisboa: ACEPS. (tradução do original inglês, 1st ed., 1986, William Heinemann Medical Books)
- Shander, A., Fleisher, L.A., Barie, P.S., Bigatello, L.M., Sladen, R.N. & Watson, C.B. (2011). Clinical and economic burden of postoperative pulmonary complications: Patient safety summit on definition, risk-reducing interventions, and preventive strategies. *Critical Care Medicine*, 39(9), 2163-2172. **DOI:** 10.1097/CCM.0b013e31821f0522
- Simmons, M. & Simmons, P. (2012). Postoperative respiratory care. In D.R. Hess, N.R. MacIntyre, S.C. Mishoe, W.F. Galvin & A.B. Adams (Eds.) *Respiratory care: Principles and practice* (2^aed.) (pp.856-867). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Smetana, G.W., Lawrence, V.A. & Cornell, J.E. (2006). Preoperative pulmonary risk stratification for noncardiothoracic surgery: Systematic review for the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 144(8), 581-595. Acedido em 29-06-14. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=722320>

- Smetana, G.W. (2009). Postoperative pulmonary complications: An update on risk assessment and reduction. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(s4), s60-s65. **DOI:** 10.3949/ccjm.76.s4.10
- Thompson, D.A., Makary, M.A., Dorman, T. & Pronovost, P.J. (2006). Clinical and economic outcomes of hospital acquired pneumonia in intra-abdominal surgery patients. *Annals of Surgery*, 243(4), 547-552. **DOI:** 10.1097/01.sla.0000207097.38963.3b
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (A.R. Albuquerque, Trad.) (5ª ed.) (pp.3-14). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Nursing theorists and their work, 5th ed., 2002, Mosby Inc.).
- World Health Organization (2009). *WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery save lives*. Acedido em 28-05-2014. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf?ua=1

APÊNDICES

APÊNDICE I

MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN E SUA APLICAÇÃO À PROBLEMÁTICA

Segundo Freese (2004), a utilização do Modelo dos Sistemas na prática de cuidados “ (...) facilita as abordagens unificadas, dirigidas ao objetivo e holísticas ao cuidar do cliente, contudo, também é adequada ao uso multidisciplinar para impedir a fragmentação dos cuidados ao cliente.” (p.344). Também Pearson e Vaughan (1986) defendem que a força deste modelo está em aspetos como a visão da pessoa na perspetiva global, a ênfase dada a diferentes aspetos dos cuidados como a prevenção e o tratamento, e a abordagem interdisciplinar dos cuidados de saúde.

Os principais componentes do Modelo dos Sistemas de Neuman, assim como as suas relações, encontram-se explicitados no diagrama construído pela sua autora, que se apresenta de seguida, na **Figura 1**.

O objetivo da Enfermagem é manter a estabilidade do sistema do cliente, avaliando os efeitos possíveis ou instalados dos *stressores* ambientais, e assistindo o cliente nos ajustamentos necessários para o nível de saúde ótimo (Neuman, 2011). O modelo defende a prevenção como intervenção, podendo as ações ser desenvolvidas antes ou depois das linhas protetoras de defesa e resistência serem quebradas, nas fases de reação e reconstituição.

São identificados três níveis de prevenção, que se complementam entre si e podem ser desenvolvidos em simultâneo, de acordo com a condição do cliente. A **prevenção primária** centra-se na prevenção da reação de *stress* e redução dos fatores de risco, a **prevenção secundária** no tratamento de sintomas e a **prevenção terciária** no reajustamento e readaptação, no sentido de fortalecer a resistência aos *stressores* para evitar o reaparecimento da reação no futuro, caminhando novamente no sentido da prevenção primária (Freese, 2004; Neuman, 2011).

No âmbito da Enfermagem de Reabilitação e na perspetiva da problemática deste projeto, a **Figura 2** pretende ser uma forma simplificada de compreensão da aplicação dos níveis de prevenção do Modelo de Neuman à prática especializada de cuidados do EEER neste âmbito.

Figura 1. Diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman.

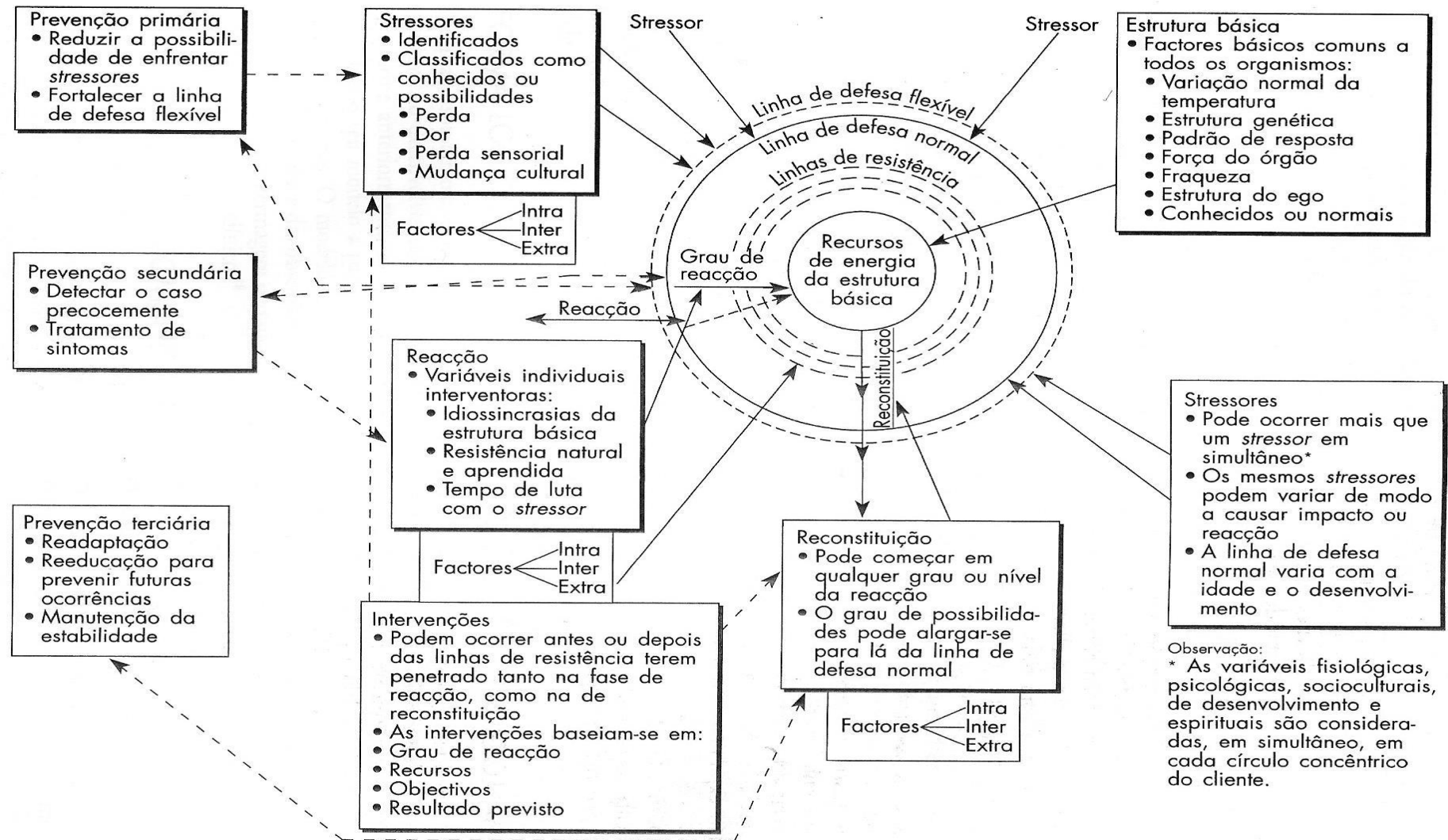
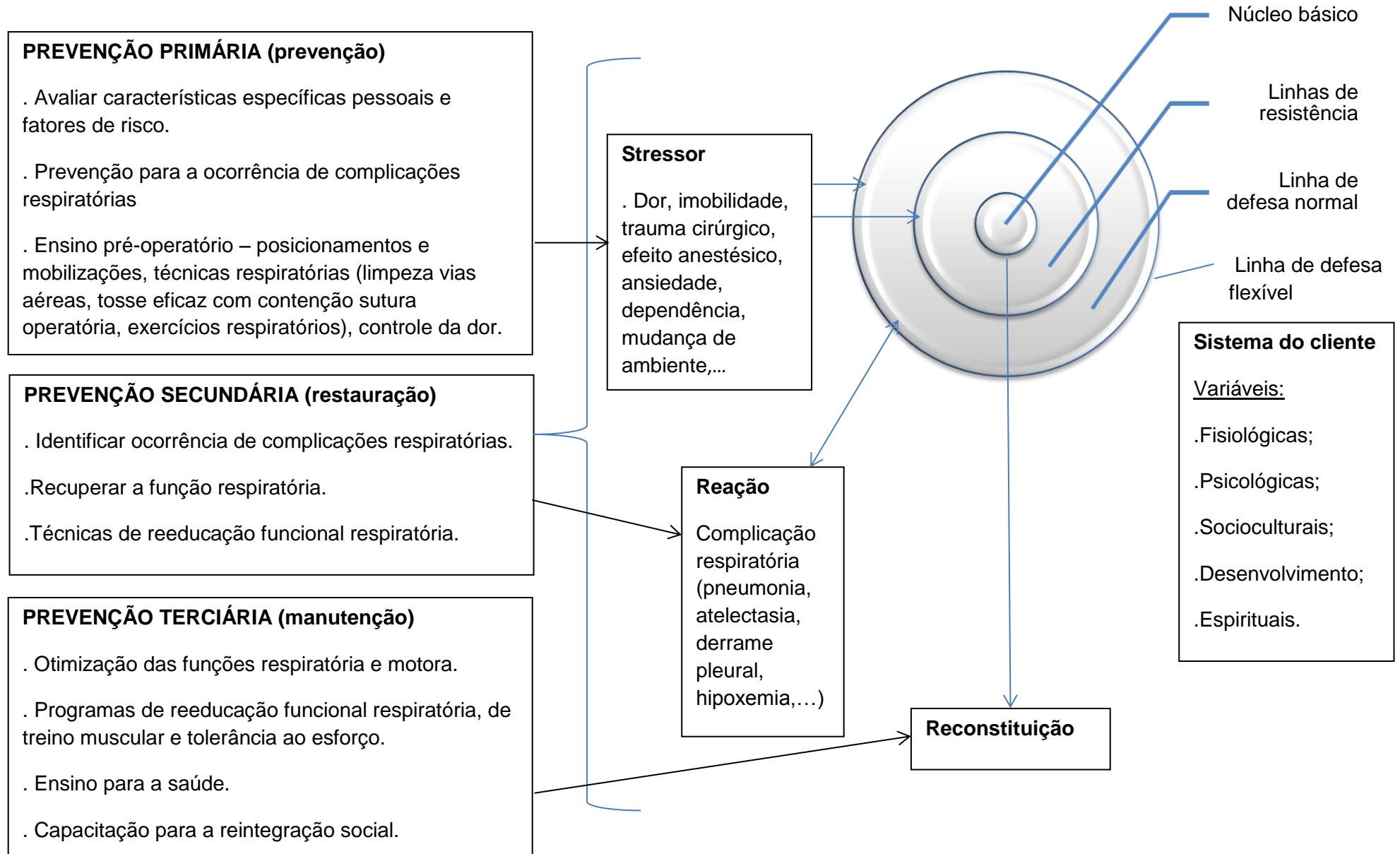


Figura 2. Aplicação do Modelo de Sistemas de Neuman à problemática do projeto.



APÊNDICE II

GUIÃO DE ENTREVISTA



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**5º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

GUIÃO DE ENTREVISTA INFORMAL

LOCAL:

[Redacted]

DATA: 29 de Maio de 2014.

Objetivo 1: Caracterização do serviço.

. Recursos Humanos

- ✓ Número de enfermeiros especialistas e generalistas;
- ✓ Número de outros profissionais e quais (equipa multidisciplinar);
- ✓ Distribuição dos enfermeiros por turno;
- ✓ Horário dos turnos;
- ✓ Rácio utente/enfermeiro especialista;
- ✓ Os recursos humanos disponíveis são suficientes?

. Recursos Materiais

- ✓ Que recursos materiais estão disponíveis;
- ✓ Que recursos materiais estão em falta;
- ✓ Que papel desempenha o enfermeiro especialista em reabilitação na avaliação e escolha dos recursos materiais?

.Características da população assistida

- ✓ Sexo e faixa etária, contexto familiar e social;
- ✓ Problemas patológicos mais comuns;
- ✓ Patologias cirúrgicas mais comuns.

Objetivo 2: Compreender a articulação dos cuidados de reabilitação.

.Circuitos dos utentes e dinâmicas dos cuidados

- ✓ Locais de intervenção e fatores decisoriais;
- ✓ Seleção e referenciação dos utentes;
- ✓ Articulação do serviço com os outros serviços do hospital;
- ✓ Articulação dos enfermeiros de reabilitação com a equipa multidisciplinar;
- ✓ Articulação dos enfermeiros de reabilitação com os cuidados saúde primários;
- ✓ Continuidade dos cuidados;
- ✓ Apoio à família e cuidadores;
- ✓ Cuidados especializados de enfermagem de reabilitação prestados ao utente submetido a cirurgia; Intervenção em que fase (pré e pós operatório).

Objetivo 3: Compreender a gestão dos cuidados especializados de reabilitação.

. Desenvolvimento profissional

- ✓ Meios de intervenção em enfermagem de reabilitação;
- ✓ Cuidados específicos de enfermagem de reabilitação;
- ✓ Instrumentos de avaliação e planos de cuidados;
- ✓ Avaliação da qualidade dos cuidados;
- ✓ Sistemas de informação em Enfermagem (registos);
- ✓ Plano de formação na área da enfermagem de reabilitação;
- ✓ Projetos de enfermagem de reabilitação ou multidisciplinares;
- ✓ Desempenho do enfermeiro especialista de reabilitação neste contexto.

APÊNDICE III

DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES E RESULTADOS ESPERADOS

1. DO DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve competências de EEER, em diferentes contextos e equipas de saúde, tendo em conta as dimensões éticas, profissional e legal dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integração nas equipas multidisciplinares. • Identificação de necessidades da pessoa alvo de cuidados especializados de EEER. • Prestação de cuidados especializados, no âmbito das competências de enfermeiro especialista, suportados nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão. • Avaliação e reformulação dos cuidados, de acordo com os objetivos definidos e os resultados, desenvolvidos em parceria com a pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integra-se nas equipas multidisciplinares. • Identifica necessidades de intervenção do âmbito do EEER. • Efetua cuidados especializados, no âmbito das competências do EEER. • Avalia e reformula os cuidados efetuados, de acordo com o seu resultado e os objetivos definidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foi integrada na equipa multidisciplinar. • Foram identificadas necessidades de intervenção do âmbito do EEER. • Foram desenvolvidas competências específicas de EEER, no sentido da prestação de cuidados especializados, suportados em princípios éticos e deontológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> . Enfermeiro EEER orientador. . Equipas multidisciplinares dos contextos. . Pessoas e famílias dos contextos. . Professor orientador. . Código Deontológico. . Regulamentos de Competências.

<ul style="list-style-type: none"> • Colabora com a equipa de saúde na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização da evidência científica e normas de boas práticas para suportar a qualidade dos cuidados efetuados. • Colaboração com a equipa na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem. • Colaboração com a equipa no planeamento e desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza a evidência científica e as normas de boas práticas para suportar a qualidade dos cuidados. • Identifica com a equipa oportunidades e estratégias de melhoria da qualidade. • Colabora com a equipa no planeamento e desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os cuidados efetuados foram reavaliados, com a pessoa cuidada e o enfermeiro orientador. • Foi utilizada evidência científica para suportar a qualidade dos cuidados. • Refletiu sobre a prática, no sentido da qualidade dos cuidados. • Colaborou com a equipa no âmbito de programas de melhoria contínua. 	<ul style="list-style-type: none"> . Enfermeiro EEER orientador. . Equipas multidisciplinares dos contextos. . Professor orientador. . Código Deontológico. . Regulamentos de Competências. . Normas de qualidade e manuais de boas práticas.
---	---	--	--	---

<p>• Contribui para a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de necessidades para a promoção/manutenção de um ambiente seguro para a pessoa e/ou grupo (características e necessidades pessoais; características ambientais - barreiras arquitetónicas, ajudas técnicas, ergonomia). • Promoção das alterações necessárias ao desenvolvimento de ambientes seguros/protetores para a pessoa. • Colaboração na identificação e gestão de recursos físicos, materiais e humanos. • Adoção de comportamentos seguros na prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica necessidades pessoais e ambientais para a promoção de ambientes seguros/protetores de indivíduos e grupos. • Promove alterações com vista ao desenvolvimento de ambientes seguros/protetores. • Colabora na identificação e gestão de recursos. • Adota comportamentos seguros para si e para os outros na prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificou necessidades para a promoção de ambientes seguros/protetores de indivíduos/grupos. • Promoveu adaptações aos ambientes no sentido de os tornar seguros/protetores. • Colaborou na identificação e gestão de recursos. • Adotou princípios de segurança e ergonomia, na prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> . Enfermeiro EEER orientador. . Equipas multidisciplinares dos contextos. . Pessoas e famílias cuidadas. . Professor orientador. . Regulamentos de Competências. . Normas de qualidade e manuais de boas práticas. . Bibliografia . Recursos dos contextos.
--	---	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Colabora ao nível das tomadas de decisão, inserida nas equipas multiprofissionais, no sentido da otimização do processo de cuidados. • Garante a segurança e qualidade das atividades delegadas, através da orientação e supervisão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboração nas tomadas de decisão, através da otimização da informação disponível e da avaliação específica dos cuidados especializados. • Colaboração na decisão de negociação ou referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde. • Orientação e supervisão de atividades delegadas, de forma a garantir a sua segurança e qualidade dos cuidados prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colabora nas tomadas de decisão da equipa, no âmbito das suas competências especializadas. • Colabora nas decisões de referenciação e/ou negociação com outros prestadores de saúde, assegurando a continuidade de cuidados. • Orienta e supervisiona atividades delegadas, no sentido de garantir a sua qualidade e segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborou nas tomadas de decisão da equipa, fornecendo informação pertinente e clara. • Reconheceu quando referenciar e negociar com outros prestadores de cuidados, para assegurar continuidade dos cuidados fora do limite de competências do EEER. • Avaliou as atividades a delegar, orientando e supervisionando, para garantir a qualidade e segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> . Enfermeiro EEER orientador. . Equipas multidisciplinares dos contextos. . Professor orientador. . Regulamentos de Competências. . Normas de qualidade e manuais de boas práticas.
---	--	---	---	---

<p>• Favorece as aprendizagens nos contextos de trabalho, com vista ao desenvolvimento de competências profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação e utilização das oportunidades de aprendizagem nos contextos de trabalho, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. • Identificação das necessidades formativas no âmbito dos contextos de trabalho. • Conceção ou colaboração em ações formativas desenvolvidas em contextos de trabalho, no âmbito das equipas ou da prestação de cuidados à pessoa e família. • Avaliação do impacto da formação realizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica e utiliza oportunidades de aprendizagem nos contextos de trabalho, procurando o desenvolvimento de competências de EEER. • Identifica necessidades formativas nos contextos de trabalho. • Concebe ou colabora no desenvolvimento de ações formativas nos contextos de trabalho. • Avalia o impacto da formação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificou e utilizou oportunidades de aprendizagem nos contextos de trabalho, para o desenvolvimento de competências. • Identificou necessidades formativas nos contextos de trabalho. • Promoveu e colaborou em momentos de formação nos contextos de trabalho. • Avaliou o impacto da formação. 	<ul style="list-style-type: none"> . Enfermeiro EEER orientador. . Equipas multidisciplinares dos contextos. . Pessoas e famílias cuidadas. . Professor orientador. . Regulamentos de Competências. . Normas de qualidade e manuais de boas práticas. . Bibliografia.
--	--	--	--	--

<p>• Suporta os cuidados no corpo de conhecimentos específicos da profissão, da especialidade e na evidência científica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do conhecimento científico que suporta a prática clínica especializada. • Integração e interpretação dos conhecimentos científicos no contexto da prática de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica conhecimento científico que sustenta a sua prática especializada. • Integra e interpreta o conhecimento no contexto da prática de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investiu na pesquisa de conhecimento científico pertinente para a prática clínica. • Integrou o conhecimento, interpretando-o no contexto da sua prática de cuidados. • Demonstrou crescente domínio de conhecimentos e competências na prática de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> . Enfermeiro EEER orientador. . Professor orientador. . Código Deontológico. . Regulamentos de Competências. . Normas de qualidade e manuais de boas práticas. . Bibliografia.
--	---	---	--	---

2. DO DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (EEER).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	RECURSOS
•Desenvolve competências de intervenção para a reabilitação da pessoa submetida a cirurgia.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do risco e diagnóstico de alterações da funcionalidade na pessoa submetida a cirurgia, tendo em conta as características específicas da pessoa e o tipo de procedimento cirúrgico. • Conceção e implementação de planos de intervenção personalizados, tendo em conta a avaliação e diagnósticos efetuados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colhe informação para a avaliação do risco e diagnóstico de alterações da funcionalidade na pessoa submetida a cirurgia. • Identifica alterações da funcionalidade na pessoa submetida a cirurgia. • Identifica necessidades de intervenção do âmbito do EEER. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foi recolhida informação pertinente. • Foram utilizados instrumentos adequados de recolha de informação. • Foram identificadas alterações da funcionalidade. • Foram identificados problemas sensíveis à intervenção do EEER. • Foram identificadas necessidades de 	<ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador. • Professor orientador. • Instrumentos de colheita de dados e de avaliação utilizados no local (ou outros criados para o efeito). • Bibliografia (livros, revistas, bases de dados online).

<p>• Identifica as alterações específicas de âmbito respiratório na pessoa submetida a cirurgia abdominal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do risco da alteração da funcionalidade respiratória, na pessoa submetida a cirurgia abdominal. • Diagnóstico de alterações respiratórias que determinam alterações da funcionalidade a esse nível. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói planos de intervenção no âmbito das competências do EEER. • Colhe informação para a avaliação do risco de alteração da funcionalidade respiratória. • Identifica/diagnostica alterações da funcionalidade respiratória. • Identifica necessidades de intervenção do âmbito do EEER. 	<p>intervenção no âmbito das competências do EEER.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foram construídos planos de intervenção. • Foi recolhida informação pertinente, com utilização de instrumentos adequados. • Foram identificadas alterações da funcionalidade respiratória. • Foram identificadas necessidades de intervenção para o EEER. 	<ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador. • Professor orientador. • Instrumentos de colheita de dados e de avaliação utilizados no local (ou outros criados para o efeito). • Bibliografia (livros, revistas, bases de dados online).
---	--	---	---	---

<p>•Desenvolve cuidados que promovam a otimização e/ou reeducação da função respiratória da pessoa submetida a cirurgia abdominal, em todo o período peri-operatório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conceção de planos de intervenção personalizados, que visam a otimização/reeducação da função respiratória. • Implementação de planos de intervenção com início no período pré-operatório, que permitam a otimização da função respiratória da pessoa e redução do efeito dos fatores de risco pessoais: <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de relação de confiança e redução ansiedade da pessoa; - Ensino sobre técnicas respiratórias, tosse com contenção da ferida operatória, mobilizações ativas e correção postural; - Realização de técnicas que otimizem a função respiratória: drenagem postural, tosse assistida e dirigida, treino músculos respiratórios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói planos de intervenção personalizados, no âmbito das competências do EEER. • Implementa os planos de intervenção, programando intervenções específicas para os períodos pré-operatório e pós-operatório, que promovam a otimização e a reeducação da função respiratória da pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os planos e suas intervenções foram concebidos de forma personalizada, de acordo com a condição, colaboração e consentimento da pessoa. • Os planos de intervenção foram implementados, com vista à otimização/reeducação respiratória. 	<ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador. • Professor orientador. • Bibliografia (livros, revistas, bases de dados online). • Recursos físicos e materiais do Departamento de Reeducação Funcional Respiratória – HSM.
--	--	--	--	--

<p>Desenvolve cuidados que promovam a otimização e/ou reeducação da função respiratória da pessoa submetida a cirurgia abdominal, em todo o período peri-operatório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de planos de intervenção de reeducação funcional respiratória, com continuidade no período pós- operatório, de acordo com a complicação respiratória e a sintomatologia apresentada: <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de relaxamento; - Drenagem postural modificada; - Tosse dirigida ou assistida/ CATR; - Reeducação diafragmática; -Reeducação costal global /seletiva; - Exercícios de expansão torácica; - Treino dos músculos respiratórios; - Técnicas de correção postural; - Mobilização da cintura escapular; - Reeducação no esforço. • Avaliação dos resultados dos planos de intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementa os planos de intervenção, programando intervenções específicas para os períodos pré-operatório e pós-operatório, que promovam a otimização e a reeducação da função respiratória da pessoa. • Avalia os resultados dos planos de intervenção na função respiratória da pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os planos de intervenção foram implementados, com vista à otimização/reeducação respiratória. • Foram avaliados os resultados dos planos e suas intervenções na pessoa cuidada. 	<ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador. • Professor orientador. • Bibliografia (livros, revistas, bases de dados online). • Recursos físicos e materiais do Departamento de Reeducação Funcional Respiratória – HSM.
---	--	--	--	--

<p>• Desenvolve planos de intervenção que capacitem a pessoa submetida a cirurgia para a reintegração no seu ambiente social, maximizando a sua autonomia e qualidade de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de aspetos psicossociais que interfiram nos processos adaptativos e de reintegração ao ambiente social. • Identificação e mobilização de recursos pessoais, familiares e sociais que favoreçam os processos adaptativos da pessoa e a sua capacitação. • Conceção e implementação de planos personalizados de intervenções para a capacitação: <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas específicas de autocuidado, como utilização de dispositivos de terapêutica inalatória; - Gestão da tolerância ao esforço nas atividades de vida; - Utilização de ajudas técnicas e dispositivos de compensação; - Educação para a saúde (adesão terapêutica, cuidados). 	<ul style="list-style-type: none"> • Efetua a avaliação da pessoa nas suas várias dimensões. • Identifica as necessidades e recursos da pessoa, facilitadoras da sua capacitação e reintegração no ambiente social. • Constrói e implementa planos personalizados com vista à reintegração da pessoa no seu ambiente social, tendo em conta as necessidades de intervenção e os recursos identificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foi avaliada a pessoa cuidada nas suas múltiplas dimensões. • Foram identificadas as necessidades e recursos da pessoa. • Foram construídos e implementados planos personalizados, para a capacitação e reintegração da pessoa no seu ambiente social. 	<ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador. • Professor orientador. • Instrumentos de colheita de dados e de avaliação utilizados no local (ou outros criados para o efeito). • Bibliografia (livros, revistas, bases de dados online) • Recursos físicos e materiais das pessoas cuidadas e das instituições envolvidas.
---	---	--	--	--

<p>• Desenvolve cuidados que promovam a otimização e maximização das funções motora e cardio-respiratória das pessoas submetidas a cirurgia abdominal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboração na concepção e implementação de intervenções personalizadas, planeadas com o objetivo de otimizar/ maximizar o desempenho das funções motora e cardiorrespiratória. <ul style="list-style-type: none"> - Programas de reeducação funcional respiratória; - Programas de treino muscular e de tolerância ao esforço; • Colaboração na avaliação e monitorização dos programas implementados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza sessões de ensino informais e personalizadas para ensinar, instruir e treinar a pessoa para as técnicas/intervenções que podem maximizar a sua funcionalidade e desempenho. <ul style="list-style-type: none"> • Realiza programas tendo em vista os objetivos pessoais da pessoa e do seu processo de reabilitação. • Monitoriza a implementação dos programas e os resultados obtidos, em função dos objetivos da pessoa e do processo de reabilitação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foram concebidos e implementados programas personalizados de ensino, treino e instrução, de acordo com os objetivos pessoais da pessoa e do processo de reabilitação. <ul style="list-style-type: none"> • Foram avaliados os programas e seus resultados, através das competências desenvolvidas, da satisfação demonstrada com a aprendizagem, e da melhoria da funcionalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador. • Professor orientador. • Instrumentos de avaliação e trabalho utilizados no local (ou outros criados para o efeito). • Bibliografia (livros, revistas, bases de dados online) • Recursos físicos e materiais das pessoas cuidadas e das instituições envolvidas.
---	---	--	---	--

APÊNDICE IV

CRONOGRAMA

[illegible]

Apêndice II

Panfleto de técnicas de conservação de energia

Dispneia é o nome que se dá à sensação desconfortável de falta de ar e dificuldade em respirar. (2)

É um sintoma que pode estar presente em variadas doenças. (2)

À dispneia é associada a sensação permanente de cansaço na realização das atividades do dia-a-dia, o que prejudica a sua autonomia e qualidade de vida. (5)

Existem algumas técnicas simples que o podem ajudar a controlar este sintoma, a sentir mais energia e a viver melhor o seu dia-a-dia. (5)

APRENDA A CONTROLAR A RESPIRAÇÃO

Inspire (puxe o ar) pelo nariz, e expire (solte o ar) pela boca, com os lábios semi-cerrados. (1)

Esta técnica de *“cheirar a flor e soprar a vela”* ajuda-o a controlar a sensação de falta de ar.



PLANEIE AS SUAS ATIVIDADES

- ✚ Estabeleça prioridades.
- ✚ Prepare antecipadamente os utensílios de que vai necessitar.
- ✚ Deixe os objetos em lugar acessível, a altura entre os ombros e a cintura.
- ✚ Descanse ao longo do dia e após as refeições.
- ✚ Divida as tarefas mais difíceis em vários momentos ou em vários dias (por exemplo, limpar a casa).
- ✚ Efetue as tarefas que exigem mais esforço nas alturas do dia em que sente mais energia.
- ✚ Efetue as tarefas com calma e ao seu ritmo. Conheça os seus limites de cansaço e respeite-os. Relaxe e descanse. (1)(5)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1). Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (s.d.). *Aprenda a viver com a DPOC*. (s.l.): Sociedade Portuguesa de Pneumologia & Boehringer Ingelheim.
- 2). Gronkiewicz, C. & Coover, L. (2011). *Reabilitação Respiratória e Pulmonar*. In Hoeman, S.P. *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (C.Senise et al., Trad.) (4ª ed.) (pp.319-350). Loures: Lusolinda. (tradução do original inglês: *Rehabilitation Nursing – Prevention, Intervention & Outcomes*, 4th ed., 2008, Mosby Inc.).
- 3). Heltor, M.C., Cantelo, M.C., Ferreira, J.M.R., Olazábal, M. & Maia, M.O. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- 4). Serviço de Pneumologia – Unidade de Reabilitação Respiratória (s.d.). *Atividades de vida diária. Técnicas de Conservação de Energia*. Vila Nova de Gaia: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E..
- 5). Velloso, M. & Jardim, J.R. (2006). *Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crónica e técnicas de conservação de energia*. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(6), 580-6. DOI: 10.1590/S1806-37132006000600017. Imagens retiradas de <https://www.giphy.com/>. Acesso em 2014/11/21.

Elaborado por Ulilena Dias (aluna do 5º Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Sob orientação de Prof. Miguel Serra (docente orientador ESEL) e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [ACES] [UCC].

ACES

UCC

CONTROLAR A DISPNEIA

GERIR A FADIGA



CONSERVAR A ENERGIA

TÉCNICAS SIMPLES PARA MELHORAR
O SEU DIA-A-DIA.

APRENDA A CONTROLAR A SENSÇÃO DE FALTA DE AR E O CANSAÇO

Existem algumas posições de descanso que o podem ajudar a controlar a dispneia e o cansaço. (1)(3)



(imagens retiradas de (3), p.37.)

SUBIR ESCADAS



- Suba os degraus quando expira (deita o ar fora) e descanse na inspiração (quando puxa o ar).
- Suba alguns degraus e descanse. (4)

LEVANTAR PESOS

- Dobre os joelhos e expire no esforço.
- Carregue o peso junto ao corpo. (1)(4)



NAS TAREFAS DA CASA...



- Abra as janelas, areje o ambiente.
- Para limpar, utilize vassouras, escovas ou aspirador de cabo comprido. (4)
- Prepare as refeições sentado, colocando o que necessita numa mesa à sua frente, à altura da cintura. (2)(4)

HIGIENE PESSOAL



Tome banho sentado. (2)(4)(5)

Utilize uma escova de cabo comprido para lavar as costas e os pés, de forma a evitar o esforço de se dobrar. (4)(5)

Utilize um roupão de banho em vez da toalha, para reduzir a necessidade de se secar. (2)(4)(5)

Atividades como lavar a cara e os dentes, barbear e pentear devem ser realizadas sentado e com apoio dos cotovelos no lavatório. (1)(5)

VESTIR E DESPIR



Vista-se sentado. Primeiro as pernas e depois o tronco e braços, e só depois se levante para acabar. (4)

As meias e sapatos devem ser calçados dobrando a perna sobre a oposta, em "quatro". Pode também utilizar uma calçadeira de cabo comprido para colocar os sapatos. (4)(5)

Escolha roupas confortáveis e sapatos sem cordão, mais fáceis de colocar e tirar. (4)(5)

Apêndice III

Planos de cuidados efetuados no contexto comunitário de prática clínica

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

PLANOS DE CUIDADOS

Discente:

Liliana Dias N.º5494

Docente:

Prof. Dr. Miguel Serra

Tutor local estágio:

EEER

Outubro/Novembro 2014

ÍNDICE

INTRODUÇÃO, 2

1. PLANO DE CUIDADOS DO SR. V.

- 1.1. Dados biográficos e história de vida, 3**
- 1.2. História da doença pregressa e atual, 4**
- 1.3. Avaliação objetiva e subjetiva, 5**
- 1.4. Exame neurológico, 6**
- 1.5. Apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, 15**
- 1.6. Planificação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, 18**

2. PLANO DE CUIDADOS DO SR. X.

- 2.1. Dados biográficos e história de vida, 32**
- 2.2. História da doença pregressa e atual, 32**
- 2.3. Avaliação objetiva e subjetiva, 33**
- 2.4. Exame neurológico, 34**
- 2.5. Apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, 39**
- 2.6. Planificação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, 42**

CONCLUSÃO, 52

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, 53

ANEXOS

Anexo 1 – Escala de *Braden*

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, pretende-se a integração em contextos clínicos e a realização de planos de cuidados referentes a pessoas e famílias com necessidades de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (ER), no sentido do desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Os planos de cuidados pretendem ser instrumentos de trabalho para a organização e sistematização da informação recolhida, o diagnóstico de problemas, o planeamento de intervenções e a sua avaliação continuada, individualizados e adequados à pessoa e família alvo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

De acordo com o modelo teórico de Betty Neuman, por mim escolhido para referencial teórico dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, a ação do enfermeiro visa prevenir a desadaptação, restaurar ou manter a adaptação, quer pela redução dos agentes de *stress*, quer pelo fortalecimento das linhas de defesa pessoais (Freese, 2004). Desta forma, pretende-se o levantamento dos fatores intrapessoais, extrapessoais e interpessoais que afetam o indivíduo e as suas relações pessoais; a identificação dos agentes de *stress* sentidos pela pessoa, pela sua família e pelo enfermeiro, a definição dos problemas de acordo com o entendimento das perceções de ambos, e a construção de um plano de resolução comum (Pearson & Vaughan, 1986).

Estes planos referem-se a duas pessoas a quem prestei cuidados de Enfermagem de Reabilitação, num contexto comunitário e integrada na equipa de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

O documento encontra-se estruturado em dados biográficos e história de vida da pessoa, história da doença, avaliação objetiva e subjetiva, apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e planificação dos cuidados de ER. A informação foi recolhida e validada através dos processos da equipa multidisciplinar, dos dados fornecidos pela pessoa, familiares e cuidadores e pela minha observação informal.

1. PLANO DE CUIDADOS DO SR. V.

1.1. Dados biográficos e história de vida

O Sr. V. tem 76 anos de idade. É casado, tem duas filhas e três netos (já adolescentes e adultos).

Foi padeiro de profissão e tinha vários estabelecimentos comerciais. Esteve emigrado em Angola, passando períodos de tempo lá e outros em Portugal, nem sempre acompanhado pela esposa.

Até há cerca de três anos residia com a esposa num segundo andar, mas por questões económicas e por vários problemas de saúde seus, vieram ambos viver para casa de uma das filhas.

Neste momento o agregado familiar é composto pelo Sr. V., a sua esposa, a filha e duas netas. O genro encontra-se ausente, pois trabalha fora do país. A filha é auxiliar de ação médica num hospital e assume-se como a cuidadora principal, com o apoio da esposa, que está reformada. Com as duas, o Sr. V. permanece acompanhado toda as horas do dia e noite. A filha demonstra ambiguidade de sentimentos em relação ao seu papel de cuidadora, pois por um lado assume-o como um papel inerente à sua responsabilidade pessoal, mas por outro lado refere que gostaria de acompanhar o marido e emigrar também, mas sabe que não poderia deixar os pais desacompanhados atualmente.

A habitação onde residem é uma casa de dois pisos, com quintal. O Sr. V. encontra-se num quarto do piso térreo, pouco iluminado, mas com janela e com boas condições de habitabilidade e arrumado.

A família possui algumas ajudas técnicas que facilitam os cuidados, nomeadamente, cama articulada com grades e cadeira de rodas, que permite o levante e a deslocação pelo quarto, local onde o Sr. V. habitualmente permanece.

1.2. História da doença pregressa e atual

O Sr. V. tem como antecedentes pessoais diabetes tipo II (diagnosticada há 8 anos), insuficiência cardíaca, dois acidentes vasculares cerebrais isquêmicos há cerca de 3 anos (de que resultaram sequelas motoras a nível do hemicorpo direito), doença de *Alzheimer* e amputação do membro inferior esquerdo ao nível do joelho, em Setembro de 2013, por doença arterial periférica.

No último ano teve necessidade de vários internamentos hospitalares por infeções respiratórias e insuficiência cardíaca descompensada:

- Internamento de [REDACTED] por pneumonia, derrame pleural e insuficiência cardíaca descompensada. Regressou ao domicílio com oxigénio contínuo a 2,5litros por minuto, com entubação nasogástrica por disfagia, drenagem vesical e redução da mobilidade.
- Reinternado de [REDACTED] por agravamento da função respiratória, insuficiência respiratória global e infeção urinária. Teve alta hospitalar medicado com inaladores, e oxigenoterapia contínua a 2 litros por minuto.
- Reinternado em [REDACTED] novamente por queixas de dispneia e farfalheira, tendo sido diagnosticada pneumonia por aspiração.

Atualmente realiza oxigénio contínuo nas 24h, a 1,5 litros por minuto. Apresenta cansaço fácil na realização das atividades de vida, e secreções de estase frequentes, que elimina através do incentivo à tosse eficaz. Necessita de ajuda total para a realização das suas atividades de vida. Encontra-se a ser acompanhado pela UCC [REDACTED] desde [REDACTED].

Medicação Habitual:

Fármaco	Frequência
Omeprazol 20mg	1 comprimido (cp) em jejum

<i>Ebixa</i> 10mg	1cp pequeno almoço e jantar
<i>Diamicron</i> LM 30 mg	1 cp, 1x dia
<i>Sinvastatina</i> 20mg	1 cp, 1x dia
<i>Alzen</i> 200mg	1cp, 1x dia, à noite
<i>Atrovent</i> , <i>Ventilan</i> e <i>Beclotaide</i> em solução pressurizada	SOS

1.3. Avaliação Objetiva e Subjetiva

Atualmente, o Sr. V. encontra-se consciente, com resposta verbal acertada a questões simples, mas discurso pouco fluente e pobre. Orientado no espaço, mas com confusão temporal. Tem dificuldade em manter a atenção focada numa atividade durante longos períodos.

Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas, mas denota-se cianose da mucosa labial ao esforço. Eupneico em repouso, mas com dispneia ao esforço, com aumento da frequência respiratória e utilização da musculatura acessória. O tórax é simétrico, sem deformações aparentes, mas é visível a alteração da curvatura fisiológica da coluna vertebral, com cifose, o que pode interferir na expansibilidade torácica.

A nível da inspeção dinâmica, apresenta uma frequência respiratória de cerca de 20 ciclos por minuto, ritmo regular, padrão predominantemente costal, de amplitude superficial, mas simétrica. A auscultação pulmonar denota murmúrio vesicular reduzido nas bases, e por vezes a nível pulmonar esquerdo.

A pele encontra-se íntegra, exceto a nível da região sacrococcígea, que apresenta perda de epitélio. O Sr. V. tem história de anterior úlcera de pressão na região sagrada e calcâneo direito, atualmente cicatrizadas. Pela avaliação da Escala de *Braden* (ver Anexo 1), o seu risco de desenvolvimento de úlcera de pressão é elevado.

Escala de *Braden*: score 15, Risco Alto.

Percepção sensorial	3 (ligeiramente limitada)
Humidade	4 (pele raramente húmida)
Atividade	2 (sentado)
Mobilidade	2 (muito limitada)
Nutrição	3 (adequada)
Fricção e forças de deslizamento	1 (problema)
Pontuação total	15

O Sr. V. necessita de ajuda total para a sua higiene pessoal. A filha e a esposa realizam cuidados de higiene parciais no leito, e cuidados na casa de banho quando recebem o apoio da outra filha para o levante. A transferência para cadeira é efetuada com ajuda total de duas pessoas, o que condiciona o levante diário e os períodos em que é efetuado.

Atualmente, o Sr. V. alimenta-se oralmente de consistência pastosa, e a esposa cozinha refeições próprias para ele. Tem períodos de disfagia para líquidos, que se acentua com o aumento de secreções.

É incontinente vesical e intestinal, utilizando fralda de proteção. Tem história de obstipação, que é gerida com alimentos e chás laxantes.

1.4. Exame Neurológico⁶

Neste exame neurológico foram avaliados os aspetos possíveis, outros houve que por não colaboração, indisponibilidade do utente, ou ausência de material, não foram avaliados.

⁶ A organização do exame neurológico é baseada em Menoita (2012).

Estado Mental

Consciência

O Sr. V. encontra-se vigil. A sua resposta verbal é acertada a questões simples, mas apresenta confusão temporal. Segundo a Escala de Glasgow, apresenta score 14.

Variáveis		Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Orientação

Orientado auto psiquicamente, mas desorientado alo psiquicamente (tempo).

Atenção

Dificuldade em manter o foco da atenção num determinado estímulo do meio.

Memória

O Sr. V. apresenta memória sensorial, imediata, recente de curto prazo e remota. A memória recente de longo prazo apresenta alterações.

Capacidades Práticas

(Avaliado com outros parâmetros)

Linguagem

O Sr. V. apresenta discurso espontâneo, consegue nomear objetos por confrontação visual, cumpre ordens e segue comandos. Consegue repetir.

Algumas capacidades cognitivas foram avaliadas através do teste “*Mini Mental State Examination*” (MMSE)⁷

Realizado a 04.10.14.

Idade: 76 anos

Escolaridade: 4º ano

1. Orientação (1 ponto por resposta correcta)

Em que ano estamos? **0**

Em que mês estamos? **0**

Em que dia do mês estamos? **0**

Em que dia da semana estamos? **0**

Em que estação do ano estamos? **1**

Em que país estamos? **1**

Em que distrito vive? **0**

Em que terra vive? **1**

Em que casa estamos? **1**

Em que andar estamos? **1**

2. Retenção (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

Pera **1** Gato **1** Bola **1**

3. Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correta; parar ao fim de 5)

Subtrair de 30, menos 3, e ao número encontrado, ir subtraindo mais 3

30 27 24 21 18 15 **5 pontos**

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

⁷ Fonte: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/6/Mini-Exame%20do%20Estado%20Mental.pdf>

Dizer as três palavras anteriores

Pera 0 Gato 0 Bola 0

5. **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a. Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio 1 Lápis 1

b. Repita a frase: “o rato roeu a rolha” 1

c. “Quando lhe der a folha de papel, segure com a mão direita, dobre ao meio e coloque sobre a mesa”. Fornecer a folha com as duas mãos.

Pega com a mão direita 1

Dobra ao meio 1

Coloca onde deve 1

d. “Leia o que está no cartão e faça o que diz”. Mostrar um cartão com a frase “FECHÉ OS OLHOS”. Se analfabeto, ler a frase.

Fechou os olhos 1

d. Escrever uma frase com sujeito, verbo e sentido. Erros gramaticais não são considerados.

Não conseguiu escrever frase, escreveu apenas uma palavra “Cabinda” 0

6. **Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta)

Os dois hexágonos devem ficar sobrepostos, cada um com cinco lados, dois dos quais intersectados. Tremor ou rotação não é valorizado.

Não conseguiu copiar desenho 0



Total máximo 30 pontos

Nota final: 20

Considera-se com defeito cognitivo: - analfabetos « 15 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade «22 pontos; com escolaridade superior a 11 anos «27 pontos.

Pares Cranianos	<i>I – Olfactivo</i> - sem alteração; identifica odores.
	<i>II – Óptico</i> – aparente diminuição da acuidade visual. Alteração do campo visual de difícil avaliação.
	<i>III – Óculo motor; IV – Patético e VI- Motor Ocular Externo</i> - isocoria; movimentos oculares simétricos; sem nistagmo, sem ptose palpebral.

V- *Trigêmeo* – sensibilidade oftálmica, maxilar e mandibular; reflexo córneo-palpebral bilateral, mantido. Aparentemente sem alteração dos músculos mastigadores, encerra e move mandíbula, sem assimetrias visíveis.

VII – *Facial* – percepção gustativa nos dois terços anteriores da língua, para doce e salgado. Aparente discreto apagamento do sulco nasogeniano à direita, com dificuldade em conter a saliva quando fala em posição sentada.

VIII – *Estado-acústico* – aparentemente sem alteração da acuidade auditiva; identifica sons. Teste com diapásão não foi possível realizar.

Para a divisão vestibular, foi avaliada apenas o equilíbrio estático e dinâmico em posição sentada, pois utente não se coloca em posição ereta.

Equilíbrio estático mantido; equilíbrio dinâmico alterado, compensando desequilíbrios em graus de eficácia variáveis.

IX- *Glossofaríngeo* – reconhece sabores no terço posterior da língua; percepção sensorial da laringe, faringe e palato.

X- *Vago* – tem reflexo de vômito; ligeira disfonia.

XI – *Espinhal* - consegue realizar lateralização da cabeça e elevação dos ombros contra resistência. No entanto, por espasticidade instalada a nível cervical, tem dificuldade em efetuar movimento de rotação da cabeça para lado direito (mais acentuado) e lado esquerdo, em toda a sua amplitude.

XII – *Grande hipoglosso* – propulsão ântero-posterior da língua normal; lateralidade da língua para a direita diminuída. Sem desvio da úvula.

Motricidade

Força Muscular

(avalia-se em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, dos distais para os proximais e bilateralmente).

Foi avaliada segundo a Escala de Lower (Menoita, 2012):

5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;

4/5 – Movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. Consegue elevar o membro e tem alguma resistência;

3/5 – Movimento completo contra gravidade, não contra resistência;

2/5 – Movimento das extremidades, mas não contra gravidade. Consegue mover o membro na base da cama;

1/5 – Contração palpável/visível sem movimento;

0/5 – Sem contração muscular e sem movimento.

Segmentos	Movimentos	Score de Lower (lado direito/ lado esquerdo)	
Cabeça e pescoço	Flexão	4	
	Extensão	4	
	Flexão lateral esquerda e direita	4	4
	Rotação	3	
Escapulo-umeral	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Rotação interna	5	5
	Rotação externa	5	5
Cotovelo	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
Antebraço	Pronação	5	5
	Supinação	5	5
Punho	Flexão palmar	4	4
	Dorsi-flexão	4	4
	Desvio radial e cubital	4	4
	Circundação	3	3
Dedos	Flexão	4	4
	Extensão	4	4
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Circundação	4	4
	Oponência do polegar	3	3
Coxo Femural	Flexão	2	5
	Extensão	2	5

	Adução	2	5
	Abdução	2	5
	Rotação interna	2	5
	Rotação externa	2	5
Joelho	Flexão	2	5
	Extensão	2	5
Tibiotársica	Flexão plantar	4
	Flexão dorsal	4
	Inversão	2
	Eversão	2
Dedos	Flexão	3
	Extensão	3
	Adução	2
	Abdução	2

Tónus Muscular

(avalia-se em todos os movimentos e nos vários segmentos corporais, dos distais para os proximais e bilateralmente).

Foi avaliada segundo a Escala Modificada de Ashworth (Menoita, 2012):

- 0-** Nenhum aumento no tónus muscular;
- 1-** Leve aumento do tónus, manifestado por tensão ou resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, em flexão ou extensão;
- 1+** - Leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguido por resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento restante;
- 2-** Aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento, mas a região é movida facilmente;
- 3-** Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil;
- 4-** Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

Segmentos	Movimentos	Score de Ashworth (lado direito/ lado esquerdo)	
Cabeça e pescoço	Flexão	2	
	Extensão	2	
	Flexão lateral esquerda e direita	2	2
	Rotação	2	
Escapulo-umeral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0

	Abdução	0	0
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	0	0
Punho	Flexão palmar	1	1
	Dorsiflexão	0	0
	Desvio radial e cubital	0	0
	Circundação	0	0
Dedos	Flexão	3	3
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Circundução	0	0
	Oponência do polegar	2	2
Coxo- femural	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Tibiotársica	Flexão plantar	0	...
	Flexão dorsal	0	...
	Inversão	0	...
	Eversão	0	...
Dedos	Flexão	0	...
	Extensão	0	...
	Adução	0	...
	Abdução	0	...

Coordenação

Prova índex-nariz

Motora

Toca na ponta do nariz com os olhos abertos e depois fechados, com mão direita e mão esquerda;

Prova da Indicação de Barany

Aponta com o dedo indicador o meu dedo indicador, com mão direita e esquerda;

Prova dos movimentos alternados

Consegue abrir e fechar as mãos, bater palmas. A oponência do polegar é realizada, mas com dificuldade, por redução da amplitude do movimento de flexão dos dedos;

Prova calcanhar-joelho.

O utente não consegue realizar esta prova, por diminuição da força muscular do membro inferior direito, e amputação do membro inferior esquerdo.

Sensibilidade	<i>Superficial</i>	<ul style="list-style-type: none">. <i>Táctil</i> (pela avaliação, aparentemente mantida em todos os segmentos corporais).. <i>Térmica</i> (não avaliada).. <i>Dolorosa</i> (identifica estímulo doloroso em todos os segmentos corporais, inclusive nas extremidades; teste realizado com alfinete de sensibilidade).
	<i>Profunda</i>	<ul style="list-style-type: none">. <i>Pressão / Barestesia</i> (identifica a pressão em todos os segmentos corporais).. <i>Vibratória / Palestesia</i> (não avaliada).. <i>Postural / Atitudes segmentares/ batiestesia</i> (consegue identificar a posição em que é deixada a perna, com os olhos fechados).
	<i>Sentido Esteriognóstico</i>	Reconhece o objeto colocado na mão, com os olhos fechados – caneta.

Equilíbrio e Marcha	<p><i>Equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada e ortostática</i></p> <p><i>Marcha</i></p> <p>Equilíbrio estático mantido; equilíbrio dinâmico alterado, compensando desequilíbrios em graus de eficácia variáveis.</p> <p>Não se mantém em posição ortostática; não tem capacidade de marcha.</p>
---------------------	--

1.5. Apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

Segundo este modelo, a colheita de dados deve dar relevo à compreensão da situação atual da pessoa, por ela própria e pelo enfermeiro, e através da partilha das percepções de ambos são identificados os verdadeiros problemas. A apreciação tenta identificar agentes de *stress* reais e potenciais sentidos pela pessoa e pelo enfermeiro, e os seus efeitos aos níveis intrapessoal, interpessoal e extrapessoal, assim como nas diferentes linhas de defesa (Pearson & Vaughan, 1986).

Desta forma, de acordo com Pearson & Vaughan (1986), algumas questões pertinentes podem ser levantadas para a obtenção da informação necessária:

- . O que considera ser o seu problema, dificuldade, ou preocupação mais importante?
- . Como é que isso tem afetado os seus hábitos ou estilo de vida?
- . Anteriormente já teve algum problema semelhante? Se sim, o que foi e como o resolveu? Deu resultado?
- . Como prevê o futuro em consequência da presente situação?
- . O que está a fazer ou o que pensa fazer para se ajudar a si mesmo?

. O que espera que o enfermeiro, a família e os outros façam por si?

Da minha apreciação de enfermeiro, considereei serem agentes de *stress* para o Sr. V.:

- ✓ Perda gradual de autonomia, relacionada com as várias alterações que apresenta a nível funcional, e que são condicionantes da sua dependência nas atividades de vida.
- ✓ Perda de capacidades sensoriomotoras, que se traduz em dificuldade de comunicação com os outros, diminuição da força e tónus muscular, e isolamento;
- ✓ Ventilação alterada, traduzida por cansaço para médios esforços e padrão respiratório predominantemente ineficaz, com respiração superficial e acumulação de secreções;
- ✓ Alteração da integridade da pele, traduzida por risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, dor a determinados posicionamentos e diminuição da sua capacidade de colaboração para os cuidados;
- ✓ Problema potencial de agravamento de disfagia, com consequentes recorrências de pneumonias de aspiração;
- ✓ Incontinência urinária, o que condiciona a sua dependência na eliminação.

Da mesma forma, considereei que contribuíam para estes agentes de *stress* os seguintes fatores:

- *Fatores intrapessoais* – o estado de saúde atual do Sr. V., onde se incluem a imobilidade, a insuficiência respiratória e a presença de doenças crónicas.
- *Fatores interpessoais* – a dependência para as atividades de vida do Sr. V. implica a presença de familiares cuidadores, que efetuam os cuidados necessários.
- *Fatores extrapessoais* – as condições habitacionais e ajudas técnicas existentes, o clima da região e as estações frias do ano, que potenciam o recolhimento dentro das habitações.

O Sr. V. manifesta serem problemas para si a diminuição de mobilidade e força, assim como a dor que sente ao posicionamento em decúbito *Fowler* e posição sentado, o que o leva a recusa em fazê-lo. Desta forma, fica muitas vezes deitado no leito durante o dia, no seu quarto.

Em relação à família, a sua apreciação das dificuldades e problemas mais importantes resume-se a:

- ✓ Diminuição da mobilidade do Sr. V., que se traduz em dificuldade em efetuar mobilizações no leito, levantar e transferências cadeira-leito;
- ✓ Cansaço dos cuidadores, que se traduz em sensação de não ter períodos de tempo próprios e liberdade para sair de casa.

A família prevê que a condição do Sr. V. se mantenha estável ao longo do tempo, e não espera melhorias funcionais. No entanto, gostaria que este não sofresse agudizações das doenças crónicas, com necessidade de internamentos hospitalares, pelo que espera que os Enfermeiros de Reabilitação possam contribuir para a manutenção da estabilidade do estado de saúde do Sr. V.

Deste conjunto de apreciações, destaquei como problemas a perda de capacidades sensoriomotoras do Sr. V., que condicionam a sua mobilidade, a comunicação e o levam ao isolamento social. Do mesmo modo, estas alterações funcionais levam a dependência para as atividades de vida e necessidade de cuidadores, que neste caso são os familiares. Estes demonstram algum cansaço no seu papel, pelo que considereei ser necessário intervir também a nível familiar. As intervenções neste âmbito pretendem a remoção dos agentes de *stress*.

Tendo em conta a idade e o estado de saúde atual do Sr. V., a prevalência de complicações respiratórias e o aumento do estado de dependência poderá ser uma possibilidade no futuro, pelo que as intervenções para o reforço das linhas de defesa e a manutenção da estabilidade são também consideradas no plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

1.6. Planificação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O seguinte plano de cuidados é baseado na nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e tendo em conta o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011; Freese, 2004). Desta forma:

- Os diagnósticos traduzem problemas potenciais ou atuais e são baseados nos agentes de *stress* identificados pela pessoa, pela família e pelo enfermeiro (eixo cliente/foco/juízo);

- Os objetivos traduzem as metas (foco);

- As intervenções traduzem as ações e recursos utilizados e são baseados nos três níveis de prevenção do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman (ação/cliente/foco/recursos).

A prevenção primária direciona-se à prevenção das dificuldades pela redução da possibilidade de enfrentar *stressores* e pelo fortalecimento das linhas de defesa; a prevenção secundária destina-se à restauração do sistema da pessoa pela deteção precoce de alterações e tratamento de sintomas; a prevenção terciária destina-se à readaptação, à reeducação para evitar futuras ocorrências e à manutenção da estabilidade (Freese, 2004).

- A avaliação traduz os resultados, e estes podem justificar novas apreciações e diagnósticos, ou o ajuste de ações e recursos (cliente/foco/juízo) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Comunicação verbal comprometida	Melhorar a capacidade para comunicar através da fala.		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de exercícios fonatórios e de reeducação da musculatura da face e língua: unir e elevar as sobrancelhas, enrugar a testa, fechar os olhos, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar, dar beijinhos, emitir sons específicos (Menoita, 2012). - Estimular a comunicação verbal nos momentos de contato com o Sr V., e educar a família a fazê-lo. - Pedir apoio de terapeuta da fala, se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção dos exercícios e da estimulação à comunicação verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> - (Não foi possível pedir o apoio de terapeuta da fala neste aspeto, visto este profissional não fazer parte da constituição da equipa multidisciplinar). - Foi efetuado estímulo da comunicação verbal e orientação temporal e espacial em todas as sessões efetuadas. - Foi efetuado estímulo do raciocínio, com realização de exercícios de cálculo mental (exercícios de adição e subtração). - Foram realizados exercícios fonatórios sempre que se conseguiu a colaboração do Sr. V..

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Isolamento social	Diminuir sensação de isolamento do Sr. V.	<ul style="list-style-type: none"> - Conscientizar a família sobre a necessidade básica de comunicar e interagir com os outros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover momentos de interação com os outros, sentar no cadeirão, sair do quarto, ir ao jardim. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter estes momentos como rotina, adequando às condições diárias e estação do ano. 	<p>13-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informadas esposa e filha sobre os benefícios da posição de <i>Fowler</i> e levante para cadeira de rodas, como a drenagem de secreções, a expansão pulmonar, o treino de equilíbrio, a prevenção de sequelas de imobilidade e a melhoria anímica do Sr. V. - Segundo a família, o utente tolera pouco tempo e o levante é difícil. A esposa não o consegue realizar, por alterações musculo-esqueléticas a nível dos membros superiores. É a filha que efetua a transferência para cadeira, com ajuda total. - A família não parece muito recetiva a efetuar levante diário, por estas condicionantes. Foi negociado o levante quando possível, e quando houver apoio da outra filha; assim como colocação em posição de sentado no leito várias vezes ao dia. <p>24-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. V. encontrava-se sentado na cadeira de rodas, no quarto. Recebeu visita da segunda filha, que colaborou na transferência para cadeira. <p>28-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. V. encontrava-se sentado na cadeira de rodas, na sala. Recebeu visita da segunda filha, que colaborou na transferência para cadeira e nos cuidados de higiene na casa de banho.

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Coping familiar comprometido (cansaço do cuidador)	Aumentar a linha de defesa flexível do familiar cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> - Conscientizar o cuidador dos sinais de “<i>burnout</i>”. - Favorecer os momentos de expressão de sentimentos e partilha de dificuldades. - Reforçar ensino sobre estratégias de prevenção de lesões musculoesqueléticas e de facilitação da prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir momentos temporais para descanso do cuidador, com a colaboração de ajudantes familiares, se necessário; - Efetuar reforços positivos sobre os cuidados prestados, e encontrar estratégias de facilitação para o cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter todas as intervenções anteriores. 	<p>13-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensino à esposa sobre prevenção de lesões músculo-esqueléticas, com a utilização de técnicas simples: <ul style="list-style-type: none"> • Planear os movimentos; • Aumentar a base de sustentação, com os pés virados para o movimento; • No esforço, manter as costas direitas, fletir os joelhos e colocar a força nos abdominais e nos membros inferiores; • Puxar e deslizar em vez de empurrar e elevar; • Utilizar os membros superiores como alavancas e mantê-los junto ao tronco; • Colocar a pessoa o mais próximo possível do nosso corpo no levantar (Ordem dos Enfermeiros, 2013). - A altura da cama é considerada baixa para um correto posicionamento do cuidador, e alta para a facilitação do levantar, mas não é ajustável. <p>28-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoio à família e estabelecimento de relação de confiança. A filha verbalizou as suas angústias e preocupações pessoais, falou do passado e das expectativas futuras da família. <p>07-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conversado com a esposa a possibilidade de colocar um triângulo para o Sr. V. colaborar no movimento de se elevar e puxar no leito. Esta considera a possibilidade da sua instalação.

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Padrão respiratório comprometido	Padrão respiratório melhorado em 5 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Manter oxigênio contínuo nas 24h. - Ensinar sobre vigilância de padrão respiratório e características das secreções, que podem indiciar infecção ou agudização da doença respiratória. - Ensinar sobre a importância do reforço hídrico. - Efetuar vacinação sazonal para a gripe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar técnicas de reeducação funcional respiratória (RFR) adequadas à colaboração e características pessoais (tolerância e co morbilidades): <ul style="list-style-type: none"> • Redução da tensão psíquica e muscular com controlo da respiração; • Correção de defeitos ventilatórios, com reeducação diafragmática e reeducação costal global e seletiva com bastão. • Permeabilização das vias aéreas com drenagem postural e manobras acessórias de percussão e vibração. (Menoita & Cordeiro, 2012b)	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a realização dos exercícios de controlo respiratório e reeducação costal global com bastão. - Promover a colaboração da família nestes cuidados. 	<p>13-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foram avaliadas as características respiratórias e efetuada auscultação pulmonar. O Sr. V. apresentava secreções de estase nos campos pulmonares direitos e cansaço fácil em repouso. - Realizados exercícios de reeducação costal seletiva e diafragmática e de abertura costal. - Realizadas manobras acessórias de vibração e percussão, para mobilização de secreções. -Apresentou tosse eficaz, mobilizou e deglutiui secreções. <p>20-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secreções de estase no lobo superior direito. - Saturações periféricas de 96%. - Realizadas manobras acessórias de vibrações e percussões, exercícios de reeducação costal seletiva e diafragmática e de abertura costal. Não efetuou abertura costal com bastão por cansaço. - Tosse eficaz, mobiliza secreções. <p>22-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taquipneico, saturações periféricas de 92-93% e frequências cardíacas (FC) de 67 batimentos por minuto (bpm). Respiração predominantemente abdominal. À auscultação, apagamento do murmúrio vesicular na base pulmonar direita. - Realizadas mobilizações assistidas dos membros superiores, abertura costal, exercícios de reeducação diafragmática e costal seletiva. Levante na beira da cama para expansão pulmonar.

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<p>24-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - À auscultação, mantinha diminuição do murmúrio vesicular à direita. - Sentado na cadeira: mobilização costal com bastão e mobilizações ativas dos membros superiores, mais reeducação diafragmática. - Deitado no leito: saturações periféricas de 96%, com oxigênio a 1,5litros/minuto e FC 67 bpm. Realizada reeducação costal seletiva e reeducação diafragmática em decúbitos laterais. <p>28-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. V. apresentava acessos de tosse frequentes e secreções mucosas em grande quantidade. Saturações periféricas de 93-94% sem oxigênio colocado, FC 86 bpm. - Com dificuldade em efetuar controlo respiratório. Como se encontrava sentado na cadeira, iniciou-se treino por mobilização e abertura costal com bastão e exercícios de mobilizações ativas assistidas dos membros superiores e região cervical. - Associou-se manobras de vibração e percussão posterior. - Reeducação diafragmática. - Transferência para o leito para drenagem postural e manobras acessórias de vibração e percussão, e reeducação diafragmática das hemicúpulas direita e esquerda. - Tosse eficaz, mobilizando secreções e melhorando padrão respiratório. - Efetuou-se mobilizações dos membros inferiores assistidas e de frequência curta, por cansaço. - Terminada a sessão com transferência para cadeira novamente, com ajuda total. Padrão respiratório melhorado, sem secreções de estase, ainda polipneico.
--	--	--	--	--	---

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<p>- Realizado ensino e validação de conhecimentos com a filha sobre vigilância das saturações e polipneia, valores habituais para o utente, utilização de terapêutica inalatória em SOS e importância da hidratação oral (possuem oxímetro).</p> <p>04-11-14</p> <p>- Eupneico. Auscultação com roncosp audíveis nos lobos superiores pulmonares.</p> <p>- Tensão arterial 96/55 mmHg, pulso 74 bpm e saturações periféricas de 93%.</p> <p>- Realizada sessão de reeducação funcional respiratória habitual: treino de controle respiratório, reeducação diafragmática e costal seletiva, abertura costal com bastão; manobras localizadas de mobilização de secreções.</p> <p>07-11-14</p> <p>- Tensão arterial 111/60mmHg; pulso 64bpm; Saturações periféricas de 93%; frequência respiratória de 24 ciclos/minuto.</p> <p>- Secreções mucosas em grande quantidade.</p> <p>- Auscultação posterior à direita com murmúrio vesicular ligeiramente diminuído no lobo inferior.</p> <p>- Realizado treino de controlo respiratório, abertura costal com bastão, reeducação diafragmática e costal seletiva. Em decúbitos laterais, manobras de vibração e percussão, e reeducação diafragmática seletiva.</p> <p>- O Sr. V. apresentou tosse eficaz e mobilização de secreções.</p> <p>10-11-14</p> <p>- Saturações periféricas de 94%, com secreções escassas.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<p>Efetuada sessão de RFR habitual, com exercícios de mobilização, exercícios de reeducação diafragmática e costal, e abertura costal.</p> <p>12-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. V. estava mais sonolento, a dormir durante o dia, por insónia desde há duas noites. Saturações periféricas de 96%, FC 65bpm, mas discreta cianose labial, com oxigénio colocado. Auscultação na base direita, ferveores subcrepitantes? - Realizada abertura costal com bastão, reeducação diafragmática e costal seletiva, manobras acessórias de drenagem secreções. - Utilização de corneta na expiração, como dispositivo de ajuda para forçar aumento do volume pulmonar e vibração. - O Sr. V. tossiu e mobilizou secreções, já sem cianose. - Ensino à família para durante o fim de semana reforçarem levante e posição <i>fowler</i>, favorecerem o decúbito lateral esquerdo para a promoção da expansão do pulmão direito, e estimularem a utilização da corneta. <p>17-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saturações periféricas de 96%. FC de 68bpm. Auscultação sem alteração. - Realizado treino de controlo respiratório, abertura costal com bastão, reeducação diafragmática e costal seletiva. <p>20-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secreções de estase em grande quantidade. Saturações periféricas de 92-95%. Frequência respiratória de 22 ciclos/minuto. TA 130/71 mmHg.
--	--	--	--	--	--

Padrão respiratório comprometido					<p>Pulso de 76 bpm.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizado controle respiratório, exercícios de abertura costal com bastão, mobilização dos membros superiores e utilização de dispositivo de ajuda para vibração- corneta, assim como manobras acessórias. - O Sr. V. apresentou acessos de tosse eficazes e expulsão de secreções em grande quantidade. <p>24-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eupneico em repouso, sem secreções. - Realizada sessão de RFR habitual, com exercícios de mobilização, exercícios de reeducação diafragmática e costal, e abertura costal.
Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Mobilidade comprometida	Mobilidade melhorada em 5 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar força muscular e mobilidade articular. - Estimular mobilização no leito, rolar, ponte, transferência para cadeirão e levantar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a mobilização ativa. - Realizar mobilizações passivas e ativas resistidas de todos os segmentos articulares, de acordo com a sua força muscular e amplitude articular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter treino de mobilizações e exercícios ativos continuamente. 	<p>20-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da força e tônus muscular em todos os segmentos corporais. - Realizadas mobilizações passivas e ativas assistidas dos membros superiores e inferiores. Faz treino de equilíbrio sentado no leito. <p>22-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado na beira da cama. - Foi negociado com família o levantar para cadeira de rodas e os períodos de tempo. A cadeira é de largura desadequada (muito larga), e o Sr. V. necessita de apoio de almofadas para conforto.

<p>Mobilidade comprometida</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Treinar auto mobilizações. - Estimular o utente na sua realização e reforçar com a família a sua importância. - Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico em posição sentada. - Treinar técnica de levantar para cadeira de rodas com o Sr. V. e as suas cuidadoras. 		<p>- A família demonstrou pouca receptividade à sua substituição, referindo a sua reduzida utilização. Ficou estabelecido que durante as sessões de reabilitação poderá efetuar treino de transferência e levantar, e que regressará ao leito no final da sessão.</p> <p>24-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizadas mobilizações dos membros inferiores, ativas e resistidas, e treino de rolamentos laterais da anca no leito. - Treinado equilíbrio estático e dinâmico sentado na beira da cama. - Treinada transferência para cadeira (com ajuda total, e apoio de segunda pessoa). - Ensinado ao Sr. V. estratégias para auxiliar na transferência – pontos de apoio e de segurança. <p>04-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizadas mobilizações dos membros superiores e inferiores, ativas e resistidas; treino de rolamentos laterais da anca. - Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado na beira da cama. Mobilização cervical sentado na cama. <p>07-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizadas mobilizações dos membros superiores, ativas e resistidas; mobilizações dos membros inferiores, ativas no membro inferior esquerdo e assistidas no membro inferior direito. - Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado na beira da cama. Mobilização cervical sentado na cama.
---------------------------------------	--	--	---	--	---

<p>Mobilidade comprometida</p>					<p>10-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizadas mobilizações dos membros superiores e inferiores, ativas e resistidas; treino de rolamentos laterais da anca. - Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado na beira da cama. Mobilização cervical sentado na cama. <p>12-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizações dos membros superiores e inferiores, ativas e resistidas; exercícios de treino de motricidade fina. - Treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado na beira da cama. Mobilização cervical sentado na cama. - Realizados exercícios de coordenação motora- bater palmas, levantar alternadamente, tocar nariz e testa,... <p>17-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treino idêntico ao anterior. - O Sr. V. demonstra melhoria na coordenação motora e no equilíbrio dinâmico sentado no leito. <p>24-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treino idêntico ao anterior.
---------------------------------------	--	--	--	--	--

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Integridade da pele comprometida	Pele cicatrizada em 5 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover medidas de manutenção da integridade da pele, como redução da humidade, alternância de decúbitos, hidratação oral e tópica e alimentação com aporte de nutrientes variados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a zona afetada limpa e seca. - Manter aplicação de creme e penso hidrocolóide. - Manter vigilância das características da ferida - Evitar pressão local com alternância de decúbitos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter vigilância da integridade da pele e actuar de acordo com as intervenções primárias e secundárias, quando necessário. 	<p>20-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perda de epitélio na região sacrococcígea. - Ensino à esposa sobre importância de redução da humidade local e tratamento tópico adequado. - Vigilância do local, com evolução positiva, mantendo pele macerada. <p>17-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calcâneo direito ruborizado, eritema branqueável. - Alertada esposa e reforçada importância do alívio de pressão e vigilância do local. <p>20-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rubor regrediu, coloração, temperatura e circulação locais normais.
Deglutição comprometida	Sem complicações associadas a alteração da deglutição.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade de deglutição, através dos movimentos e controle da cabeça e pescoço, simetria da face e boca, peças dentárias e 	<ul style="list-style-type: none"> - Treino de deglutição. - Uso de aditivos espessantes. - Cinesiterapia respiratória. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância do estado de consciência do Sr. V. - Vigilância do padrão respiratório. 	<p>20-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em conversa informal com a esposa, procurou-se perceber se há sinais de disfagia durante a alimentação. Pela sua descrição, parece haver disfagia para líquidos, mas nem sempre evidente.

<p>Deglutição comprometida</p>		<p>pares cranianos implicados – V, VII, IX, X, XI e XII.⁸</p> <p>-Ensinar e consciencializar os cuidadores sobre o risco de disfagia e suas causas no Sr. V. (alterações de atenção, coordenação, força muscular e percepção).</p> <p>- Ensinar à família as medidas de prevenção de aspiração – manobras posturais e compensatórias, consistência alimentar.</p> <p>- Ensinar à família os sinais de aspiração- tosse, lacrimejo, aumento de secreções, caretas.³</p>	<p>- Treino de exercícios orais e faciais.</p>	<p>- Vigilância das características das secreções.</p> <p>- Monitorizar com a família a consistência e adequação dos alimentos (evitar alimentos de dupla consistência), quantidades do bólus de alimento e uso de palhinhas.</p> <p>- Monitorizar com a família a existência de sinais de aspiração.</p>	<p>- O Sr. V. apresenta alteração a nível do VII par craniano (apagamento do sulco nasogeniano direito) e XII par (lateralidade da língua para a direita diminuída), sendo expectável disfagia e risco de aspiração.</p> <p>- A esposa associa a tosse e engasgamento a recusa alimentar. Foi desmistificada esta ideia, e alertada para os sinais de aspiração e a importância do uso de espessante nos líquidos (que tem mas nem sempre utiliza).</p> <p>- Monitorização das características das secreções e dos sinais de aspiração. A família utiliza o espessante de forma intermitente. Foi reforçada a importância do seu uso, das manobras compensatórias e da vigilância das características das secreções.</p> <p>20-11-14</p> <p>- Episódio de aspiração no dia anterior? Esposa diz que se engasgou a beber água. O Sr. V. apresenta aumento de secreções.</p> <p>- Realizada sessão de cinesiterapia respiratória, com melhoria.</p> <p>-Manter monitorização das características das secreções e dos sinais de aspiração.</p> <p>- Reforçado com a esposa a importância do uso de espessante, das manobras compensatórias e da vigilância das características das secreções.</p>
---------------------------------------	--	--	--	---	---

⁸ UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO II (Apontamentos). Prof. Ricardo Braga, ESEL, 2014.

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Incontinência de urgência	Redução dos episódios de incontinência (perda involuntária de urina associada a intensa vontade de urinar).	- Avaliar as características da incontinência, tentativas prévias de resolução, factores ambientais e alimentares, outros sintomas e medicação. ⁹	-Treinar colocação de dispositivo urinário externo. -Treinar hábitos vesicais, de acordo com o horário natural do Sr. V. - Programar a ingestão de líquidos ao longo do dia, com redução a partir das 20h.	- Manter programa de hábito de eliminação vesical.	- Foi discutida com a família a possibilidade de utilização de dispositivo urinário externo no período noturno e o treino de hábitos vesicais. Manifestaram pouca receptividade, não considerando a incontinência como um problema. Também o Sr. V. não a assumiu como um problema. Deste modo, direcionei primeiramente o meu foco de intervenção para os outros problemas.

⁹ UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO III (Apontamentos). Prof. João Santos, ESEL, 2014.

2. PLANO DE CUIDADOS DO SR. X.

2.1. Dados biográficos e história de vida

O Sr. X. tem 97 anos de idade, é casado e tem uma filha. Era pescador e vivia com a esposa em [REDACTED]. Desde há cerca de um ano que se encontra a residir com a filha, [REDACTED]. Para este facto contribuíram dois fatores, o agravamento do seu grau de dependência e estado de saúde, assim como a deterioração do estado cognitivo e alterações de memória que a sua esposa tem vindo a apresentar.

Neste momento o agregado familiar é composto pelo Sr. X., a sua esposa, a filha, o genro e dois netos. O neto de 20 anos encontra-se quase permanentemente na habitação, por estar desempregado, efetuando a supervisão das necessidades diárias do casal. No entanto, é a filha que se assume como a cuidadora principal, e que efetua os cuidados de higiene diários, após regressar do emprego. Durante o dia os cuidados são assegurados por este neto, com a ajuda da esposa.

A habitação é um apartamento no segundo andar, grande e iluminado. O quarto do Sr. X. é grande e com boa luz natural, permitindo a companhia da sua esposa numa cama ao lado da dele. A sua cama é articulada, permitindo a elevação do plano superior e inferior do leito. O Sr. X. encontra-se acamado, pelo que não sai do quarto.

2.2. História da doença pregressa e atual

O Sr. X. tem como antecedentes pessoais hipertrofia benigna da próstata e infeções do trato urinário (ITU). Em Março de 2013 foi detetado um nódulo prostático, e diagnosticada neoplasia maligna da próstata. Encontra-se algaliado permanentemente desde essa altura, com história de ITUs frequentes (4 episódios

até à data). Teve um internamento no Hospital [REDACTED] por urosepsis, desidratação e hiponatrémia.

Encontra-se a ser acompanhado pela UCC [REDACTED]

A sua medicação habitual é apenas *Dutasteride* 0,5mg 1x por dia.

2.3. Avaliação Objetiva e Subjetiva

Atualmente, o Sr. X. encontra-se consciente, mas desorientado no tempo e espaço. Reconhece caras familiares, direciona o olhar e corresponde com sorriso, mas tem um discurso muito pobre, e repetitivo, monossilábico.

Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. A pele encontra-se íntegra. Pela avaliação da Escala de *Braden* (ver Anexo 1), o seu risco de desenvolvimento de úlcera de pressão é elevado.

Escala de *Braden*: score 13 Risco Alto.

Perceção sensorial	3 (ligeiramente limitada)
Humidade	4 (pele raramente húmida)
Atividade	1 (acamado)
Mobilidade	2 (muito limitada)
Nutrição	2 (provavelmente inadequada)
Fricção e forças de deslizamento	1 (problema)
Pontuação total	13

O Sr. X. encontra-se eupneico em repouso, mas denota-se dispneia ao esforço, aumento da frequência respiratória e utilização da musculatura acessória.

A nível da inspeção dinâmica, apresenta uma frequência respiratória de cerca de 19 ciclos/minuto, padrão predominantemente abdominal, de amplitude média e

simétrica. A auscultação pulmonar denota murmúrio vesicular audível em todos os quadrantes, mas ronos variáveis, de acordo com secreções de estase, que apresenta muitas vezes.

Alimenta-se oralmente de consistência pastosa, deglute líquidos, mas com risco de disfagia pela deterioração cognitiva. O reforço hídrico oral é pequeno a moderado. A esposa e familiares vão oferecendo água ao longo do dia, em copo bico de pato.

O Sr. X. encontra-se algaliado permanentemente e a sonda vesical, de silicone nº16, é trocada de 2-2-meses. A urina é clara a alaranjada, por vezes com presença de sedimento visível. É incontinente intestinal, utilizando fralda de protecção. Não tem história de obstipação.

2.4. Exame Neurológico¹⁰:

Pelo facto de o Sr. X. não conseguir colaborar na realização da neuro avaliação, muitos destes parâmetros não se conseguiram avaliar. De seguida apresenta-se alguns dos parâmetros que foram avaliados.

Estado Mental	<i>Consciência</i>		
	O Sr. X. encontra-se vigil. A sua resposta verbal consiste em pequenas palavras simples ou incompreensíveis, pelo que não foi possível avaliar os restantes parâmetros. Segundo a Escala de <i>Glasgow</i> , apresenta score 11.		
Variáveis			Score
Abertura ocular	Espontânea		4
	À voz		3
	À dor		2
	Nenhuma		1
Resposta verbal	Orientada		5

¹⁰ A organização do exame neurológico é baseada em Menoita (2012).

	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
<i>Orientação</i>		
<i>Atenção</i>		
Dificuldade em manter o foco da atenção num determinado estímulo do meio – hipovigil.		
<i>Memória ...</i>		
<i>Capacidades Práticas</i>		
<i>Linguagem</i>		

Pares Cranianos	<i>I - Olfactivo</i>
	<i>II - Óptico</i>
	<i>III – Óculo motor</i>
	<i>IV - Patético</i>
	<i>V- Trigémeo</i>
	<i>VI- Motor Ocular Externo</i>
	<i>VII – Facial</i>
	<i>VIII – Estado-acústico</i>
	<i>IX- Glossofaríngeo</i>
	<i>X- Vago</i>
	<i>XI –Espinhal (não consegue realizar lateralização da cabeça e elevação dos ombros contra resistência).</i>
	<i>XII – Grande hipoglosso</i>

Motricidade

Força Muscular

(avalia-se em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, dos distais para os proximais e bilateralmente).

Foi avaliada segundo a Escala de Lower (Menoita, 2012)

5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;

4/5- Movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. Consegue elevar o membro e tem alguma resistência;

3/5 – Movimento completo contra gravidade, não contra resistência;

2/5 – Movimento das extremidades, mas não contra gravidade. Consegue mover o membro na base da cama;

1/5- Contração palpável/visível sem movimento;

0/5 – Sem contração muscular e sem movimento.

Segmentos	Movimentos	Score de Lower (lado direito e esquerdo)	
Cabeça e pescoço	Flexão	3	
	Extensão	3	
	Flexão lateral esquerda e direita	3	
	Rotação	2	
Escapulo-umeral	Flexão	2	2
	Extensão	2	2
	Adução	2	2
	Abdução	2	2
	Rotação interna	...	
	Rotação externa	...	
Cotovelo	Flexão	2	2
	Extensão	2	2
Antebraço	Pronação	1	1
	Supinação	1	1
Punho	Flexão palmar	1	1
	Dorsi-flexão	1	1
	Desvio radial e cubital	0	0
	Circundação	0	0
Dedos	Flexão	3	3
	Extensão	3	3
	Adução	1	1
	Abdução	1	1
	Circundação	0	0
	Oponência do polegar	0	0
Coxo Femural	Flexão	0	0
	Extensão	0	0

	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Tibiotársica	Flexão plantar	0	0
	Flexão dorsal	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0
Dedos	Flexão	1	1
	Extensão	1	1
	Adução	0	0
	Abdução	0	0

Tónus Muscular

(avalia-se em todos os movimentos e nos vários segmentos corporais, dos distais para os proximais e bilateralmente).

Foi avaliada segundo a Escala Modificada de Ashworth (Menoita, 2012):

0-nenhum aumento no tónus muscular;

1- Leve aumento do tónus, manifestado por tensão ou resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, em flexão ou extensão;

1+ - Leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguido por resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento restante;

2- Aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento, mas a região é movida facilmente;

3- Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil;

4- Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

Segmentos	Movimentos	Score de Ashworth (lado direito e lado esquerdo)	
Cabeça e pescoço	Flexão	3	
	Extensão	3	
	Flexão lateral esquerda e direita	3	
	Rotação	3	
Escapulo-umeral	Flexão	1	1
	Extensão	1	1
	Adução	1	1
	Abdução	1	1

	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
Cotovelo	Flexão	2	2
	Extensão	2	2
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	0	0
Punho	Flexão palmar	3	3
	Dorsiflexão	3	3
	Desvio radial e cubital	3	3
	Circundação	3	3
Dedos	Flexão	3	3
	Extensão	3	3
	Adução	3	3
	Abdução	3	3
	Circundação	4	4
	Oponência do polegar	4	4
Coxo- femural	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
Joelho	Flexão	2	2
	Extensão	0	0
Tibiotársica	Flexão plantar	3	3
	Flexão dorsal	3	3
	Inversão	3	3
	Eversão	3	3
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0

Coordenação Motora Prova índex-nariz; Prova de indicação de Barany; prova dos movimentos alternados, prova calcanhar-joelho.

(Não possível avaliar por incapacidade do Sr. X. em colaborar nestas provas).

Sensibilidade	<i>Superficial</i>	<i>Táctil; Térmica; Dolorosa.</i>
	<i>Profunda</i>	<i>Pressão / Barestesia Vibratória /Palestesia Postural /Atitudes segmentares/ batiestesia</i>
	<i>Sentido Esteriognóstico</i>	(Parâmetros não avaliados, por não colaboração do utente)

Equilíbrio e Marcha	<i>Equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada e ortostática</i> <i>Marcha</i> Parâmetros não avaliados. O Sr. X. não apresenta capacidade motora para se sentar, assim como capacidade de marcha.
------------------------	---

2.5. Apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

Da minha apreciação de enfermeiro, considereei serem *stressores* ou preocupações em saúde para o Sr. X., o compromisso do seu padrão respiratório, o risco de infeção associado à presença da sonda vesical, o risco de alteração da integridade da pele e o agravamento de disfagia, com consequente comprometimento nutricional, hídrico e risco de pneumonia de aspiração.

Também o comprometimento da mobilidade física, associado ao processo de envelhecimento natural, tem consequências importantes a nível de todos os

sistemas orgânicos, e pode assumir-se como fator causal de muitos dos *stressores* acima identificados.

Segundo Scanlan, Wilkins, & Stoller (2009), citados em Ordem dos Enfermeiros (2013), com a imobilidade física há incapacidade de expandir completamente a caixa torácica e o pulmão, assim como existe acumulação excessiva de secreções, pela ineficácia ciliar e da tosse. Estes dois fatores concorrem para a instalação de atelectasias e de pneumonia de estase.

As consequências da imobilidade são visíveis também nos seguintes sistemas:

- A nível urinário, o decúbito dificulta a drenagem de urina, provoca o relaxamento incompleto dos músculos pélvicos e o enfraquecimento dos músculos abdominais, o que favorece a estase urinária e a formação de litíase, meios ótimos para a proliferação bacteriana (Ordem dos Enfermeiros, 2013). No caso do Sr. X. a presença de sonda vesical é um fator que concorre para a incidência de infeções do trato urinário, o que se comprova pela sua história de saúde pregressa.

- Em termos músculo-esqueléticos, a diminuição da atividade muscular leva a diminuição da força e resistência muscular, com consequente atrofia; há diminuição da produção de líquido sinovial, com formação de aderências e anquiloses; e a diminuição da força aplicada ao osso provoca perda de tecido ósseo e consequente osteoporose.

- A nível metabólico, a imobilidade provoca diminuição das necessidades energéticas e consequente favorecimento do catabolismo, com aumento de intolerância aos hidratos de carbono, hipercalcemia, hipocaliémia e hiponatrémia.

- A nível tegumentar, o aumento da pressão sobre os tecidos moles, associados às forças de fricção e deslizamento e a fatores como a inatividade, a desnutrição e a desidratação, a idade, a humidade da pele, o uso de medicamentos e as doenças crónicas, podem condicionar a alteração da integridade da pele e o aparecimento de úlceras de pressão

- Também em termos neurológicos, a imobilidade está relacionada com a diminuição da privação cognitiva, sensorial e isolamento social, o que contribui para

a instalação de sintomas de confusão, desorientação, depressão e alteração do padrão de sono. (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Em termos familiares e sociais, a família parece estar organizada para a promoção dos cuidados necessários ao Sr. X. A deterioração cognitiva da esposa pode assumir-se como um problema futuro, com dois membros a necessitar de cuidados de saúde diferenciados e auxílio para a realização das suas atividades de vida diárias.

Na minha apreciação, considerei que contribuíam para os agentes de *stress* os seguintes fatores:

➤ *Fatores intrapessoais:*

. Físicos – o estado de saúde atual do Sr. X., com padrão de mobilidade comprometido e risco de infeção.

. De Desenvolvimento – a idade avançada do Sr. X.

➤ *Fatores interpessoais* – a dependência para as atividades de vida do Sr. X. implica a participação e adaptação da família, cujos elementos assumem um papel protetor e cuidador.

Na apreciação da família, denota-se que a sua maior preocupação é manter o Sr. X. no domicílio, sem problemas agudos de saúde que justifiquem a necessidade de internamentos hospitalares, desestabilizadores para si, para a sua esposa e para a rotina da sua família. As infeções respiratórias e urinárias do Sr. X. são afeções que os preocupam e que gostariam de reduzir, pelo que esperam que os Enfermeiros de Reabilitação possam contribuir neste sentido. Pelas alterações neurológicas, o Sr. X. não conseguiu participar nesta apreciação de problemas.

Deste conjunto de apreciações, destaquei como problemas a perda de capacidades sensoriomotoras do Sr. X., que condicionam a sua mobilidade reduzida. Tendo em conta a idade avançada e o estado de saúde atual do Sr. X., a prevalência de afeções respiratórias, urinárias e o risco de aspiração associado à alimentação e hidratação têm também que ser considerados, pelo que as intervenções são direcionadas para o reforço das linhas de defesa e para a manutenção da estabilidade.

2.6. Planificação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação:

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Padrão respiratório comprometido	Padrão respiratório melhorado em 5 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar os familiares sobre a vigilância do padrão respiratório e características das secreções. - Manter vigilância sobre a quantidade e características das secreções. - Ensinar sobre a importância do reforço hídrico para a fluidificação de secreções. - Efetuar vacinação sazonal para a gripe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar técnicas de RFR adequadas à colaboração e características pessoais do utente. . <i>Para melhorar ventilação alveolar:</i> . Reeducação diafragmática da porção posterior, das hemicúpulas diafragmáticas direita e esquerda e abertura costal seletiva. . <i>Para assegurar permeabilidade das vias aéreas:</i> . Estímulo da tosse. . Manobras acessórias de compressão, percussão e vibração. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atingir e manter o nível máximo de saúde e /ou estabilidade. - Manter reforço dos ensinamentos à família. - Manter vigilância do padrão respiratório. - Manter exercícios de RFR. 	<p>08-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliadas características da função respiratória e efetuada auscultação pulmonar. - O Sr. X. apresenta secreções; à auscultação, ruídos audíveis nos lobos superiores pulmonares; saturações periféricas de 95%. - Realizados exercícios para a limpeza das vias aéreas e reeducação diafragmática e costal. - Utente com tosse espontânea, apesar de pouco eficaz; auscultação melhorada após exercícios. <p>13-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na auscultação, secreções nos campos pulmonares direitos; tosse pouco eficaz, dificuldade em expelir. Mais prostrado, saturações periféricas de 92%. - Realizados exercícios de reeducação diafragmática e costal seletivos, abertura costal, mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores, manobras de vibração e percussão. - O Sr. X. tosse espontaneamente durante as mobilizações no leito, fica mais desperto, com saturações periféricas de 96%.

<p>Padrão respiratório comprometido</p>		<p>- Realizar exercícios de Reeducação funcional respiratória (RFR).</p> <p>Objetivos da RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar. ○ Assegurar a permeabilidade das vias aéreas. (Menoita & Cordeiro, 2012b) 	<p>! Atenção na utilização destas técnicas, pela idade avançada e patologia do utente, risco de osteoporose e metastização óssea.</p> <p>! Drenagem postural clássica não indicada, pela idade avançada e estado geral. Efetuar decúbitos dorsais e semi-dorsais se aplicado aos segmentos a drenar.</p>		<p>15-10-2014</p> <p>- O Sr. X. encontrava-se acordado, sem secreções audíveis, auscultação sem ruídos, murmúrio vesicular audível. Saturações periféricas de 96%.</p> <p>- Realizados exercícios de reeducação diafragmática posterior e costal seletiva, exercícios de abertura costal, mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores.</p> <p>20-10-14</p> <p>- O Sr. X. encontrava-se sonolento, com saturações periféricas de 96%. Com ruído respiratório, aparentemente secreções de estase. À auscultação, roncós audíveis nos lobos superiores, bilateralmente.</p> <p>- Realizados exercícios de reeducação diafragmática e costal seletivos, com abertura costal em decúbito lateral. Manobras de percussão e vibração.</p> <p>- Posteriormente, auscultação sem roncós, mantém saturações de 96%. Posicionado em <i>Fowler</i>.</p> <p>22-10-14</p> <p>- À avaliação, 19 ciclos/minuto, respiração toraco-abdominal, baixa amplitude, saturações de 97%, pulso 64 batimentos por minuto (bpm). Sem ruído respiratório audível. Auscultação limpa exceto no lobo posterior esquerdo, ronco audível indiciador da presença de secreções.</p> <p>- Realizados exercícios de reeducação costal e diafragmática seletivas.</p>
--	--	---	--	--	--

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<p>24-10-2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. X. apresentava saturações de 96-97%, frequências de 67bpm, frequência respiratória de 25 ciclos/minuto, respiração abdominal. Sem secreções; na auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular na zona do lobo posterior direito. - Realizadas mobilizações passivas e exercícios para a expansão pulmonar, de reeducação costal e diafragmática, ciclos curtos. <p>28-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acordado, sem secreções. Saturações periféricas de 97%. Frequências de 64 bpm. Denotava cansaço às mobilizações passivas, rigidez articular ao movimento. - Efetuada sessão curta de exercícios de reeducação funcional respiratória (exercícios de reeducação diafragmática e costal seletivos, mobilizações no leito). <p>04-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. X. encontra-se prostrado, polipneico, 30 ciclos/minuto, respiração predominantemente abdominal, saturações periféricas de 89%, frequências cardíacas de 83 bpm. À auscultação, roncos bilaterais, mais acentuados nos lóbulos direitos e superiores. - Realizadas mobilizações laterais no leito, reeducação costal e diafragmática seletivas, vibrações e compressões. Após exercícios, tossiu espontaneamente, diminuição da polipneia e farfalheira – 24 ciclos/minuto, saturações periféricas de 95% - mais acordado.
--	--	--	--	--	--

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<p>- Ensino ao neto para manter vigilância do estado de consciência e respiratório, avaliar estas condições antes de alimentar e hidratar, e reforçar espessante nos líquidos.</p> <p>05-11-14</p> <p>- Saturações periféricas de 95-97%; frequências cardíacas de 65 bpm. À auscultação, aparente presença de secreções nos brônquios principais. Estase, mas em menor quantidade.</p> <p>- Efetuadas mobilizações passivas, reeducação diafragmática e costal, percussões e vibrações.</p> <p>07-11-14</p> <p>- Frequências cardíacas de 61bpm, frequências respiratórias 24bpm, saturações periféricas de 95%, respiração toraco-abdominal. Na auscultação, roncosp audíveis nos lobos superiores, mais à direita. Realizados exercícios: .Em decúbito dorsal: reeducação diafragmática e vibrações; mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores. . Em decúbitos laterais: abertura costal, reeducação diafragmática seletiva, percussões e vibrações. Novamente em decúbito dorsal, colocado em posição <i>fowler</i> para hidratação oral, sem disfagia.</p> <p>- Percepção da rede de cuidadores: filha e genro efetuam cuidados de higiene à noite; durante o dia, as mobilizações, a alimentação e hidratação oral são efetuadas pelo neto e esposa.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<p>10-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. X. apresentava-se acordado e bem-disposto. Saturações periféricas de 94%; Auscultação limpa. - Efetuado plano de mobilizações e RFR habitual. - Falei com filha telefonicamente, sobre a relação do estado de consciência com a ventilação. <p>12-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acordado, mas fácies menos aberto. Saturações periféricas de 94-96%, frequências cardíacas de 64bpm, auscultação limpa, sem secreções. - Fácies de dor às mobilizações, muito queixoso em todos os movimentos articulares. - Colocado em posicionamento lateral e efetuada massagem de conforto. Aparenta dor peri-lombar também. Fica em posição lateral direita para alívio. - Administrado 1gr de paracetamol e neto ficou com informação escrita para transmitir à filha, e efetuar de 8/8h. - Manter vigilância; pedir visita médica se necessário. - Ponderar avaliação da dor com escala adequada. <p>14-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acordado, auscultação sem alterações. Sem secreções. - Efetuadas mobilizações laterais no leito, reeducação costal e diafragmática seletivas.
--	--	--	--	--	--

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<p>18-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saturações periféricas 96%; FC 62bpm. TA 108/59mmHg. Auscultação sem alterações. - Realizadas mobilizações laterais no leito, reeducação costal e diafragmática seletivas. <p>20-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. X. apresenta frequência respiratória aumentada e presença de secreções estase. Saturações periféricas de 95%.FC 73bpm. - Efetuadas mobilizações dos membros superiores, abertura costal seletiva, manobras acessórias de vibração e percussão. Com melhoria após os exercícios, mobilizou e deglutiou secreções. <p>24-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mais prostrado, saturações periféricas de 92%. Secreções de estase, roncos audíveis no lobo superior esquerdo, à auscultação pulmonar. - Efetuados exercícios de abertura costal, reeducação diafragmática seletiva, percussões e vibrações. - Após os exercícios apresentava saturações de 97%, acessos de tosse, mobilizou secreções.
--	--	--	--	--	--

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Mobilidade comprometida	Mobilidade melhorada.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar força muscular e mobilidade articular. - Estimular a mobilização no leito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar mobilizações passivas e ativas assistidas de todos os segmentos articulares, de acordo com a sua força muscular e amplitude articular. - Ensinar os cuidadores sobre como mobilizar e reforçar os ensinamentos sobre posicionamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter programa de mobilizações e reforço de ensinamentos à família. 	<p>15-10-2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliada a força e tônus muscular do Sr. X., em todos os segmentos corporais. Apresenta diminuição da força muscular em vários segmentos, com dificuldade em vencer a gravidade e não conseguindo vencer resistência (ver avaliação da força e tônus muscular no exame neurológico). - Realizadas mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores, para promover o trabalho muscular e inibir a espasticidade. <p>24-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizadas mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores. <p>28-10-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizadas mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores. <p>04-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizadas mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores. <p>07-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizadas mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores. - Reforço do ensino sobre posicionamentos no leito com o neto cuidador.

Mobilidade comprometida					<p>10-11-14</p> <p>- Realizadas mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores.</p> <p>14-11-14</p> <p>- Realizadas mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores.</p> <p>18-11-14</p> <p>- O Sr. X. demonstrava cansaço. Efetuada massagem conforto e posicionamento no leito.</p> <p>20-11-14</p> <p>- Realizadas mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores.</p> <p>24-11-14</p> <p>- Realizadas mobilizações passivas dos membros superiores e inferiores.</p>
Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Risco de compromisso da integridade cutânea	Manutenção da integridade da pele, sem desenvolvimento de úlceras de pressão.	- Promover medidas de manutenção da integridade da pele: redução da humidade, alternância de decúbitos, hidratação oral e tópica.	<p>- Manter pele seca e limpa;</p> <p>- Evitar pressão local com alternância de decúbitos e acessórios como o colchão de pressão alterna e as almofadas de posicionamento.</p>	- Manter vigilância da integridade da pele e atuar de acordo com a necessidade e evolução.	<p>- Vigilância da integridade da pele continuada. O Sr. X. manteve a pele íntegra.</p> <p>07-11-14</p> <p>- Reforço do ensino com o neto sobre posicionamentos e mobilização correta.</p> <p>20-11-14</p> <p>- Reforço ensino com o genro sobre importância das mobilizações, posicionamento e hidratação.</p>

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Deglutição comprometida	Sem complicações associadas a alteração da deglutição.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade de deglutição, através dos movimentos e controle da cabeça e pescoço, simetria da face e boca, peças dentárias e pares cranianos implicados – V, VII, IX, X, XI e XII.¹¹ - Ensinar e consciencializar os cuidadores sobre o risco de disfagia e suas causas (coordenação, força muscular e percepção). - Ensinar à família as medidas de prevenção de aspiração e os seus sinais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Treino de deglutição. - Uso de aditivos espessantes. - Cinesiterapia respiratória. - Treino de exercícios orais e faciais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância do estado de consciência do Sr. X. - Vigilância do padrão respiratório e características das secreções. - Monitorizar com a família a consistência e adequação dos alimentos e quantidades do bólus de alimento. - Avaliar e monitorizar com a família a existência de sinais de aspiração.⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. X. tinha garrafa de hidratação própria, para contabilização diária. Deglutia com posicionamento adequado e com técnica adequada. Não aparentou sinais de aspiração. <p>04-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. X. encontrava-se mais prostrado. Efetuado ensino ao neto para manter vigilância do estado de consciência e respiratório, avaliar estas condições antes de alimentar e hidratar, e reforçar espessante nos líquidos.

¹¹ UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO II (Apontamentos). Prof. Ricardo Braga, ESEL, 2014.

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Risco de infecção	Sem sinais e sintomas de infecções urinárias e/ou respiratórias.	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar avaliação continuada das características da urina, presença de cheiro e sedimento, e sintomatologia sistêmica como febre e prostração. - Avaliar continuamente condições do material de drenagem. - Ensinar à família os sintomas e sinais de infecção e a vigilância das características da urina. - Reforçar a importância do reforço hídrico oral e validar com a família as quantidades diárias ingeridas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir sonda vesical se necessário. - Promover avaliação médica e prescrição de antibioterapia se necessário. - Manter cinesiterapia respiratória. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter vigilância e intervenção quando necessário e de acordo com a evolução. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância continuada das características da urina e material de drenagem, e de sinais e sintomas e infecção. <p>07-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urina clara mas com sedimento e cheiro; promoção do reforço hídrico e manutenção da vigilância. - Efetuado contacto telefónico com a filha, que confirmou data de substituição da sonda vesical e frequência de troca de saco. <p>18-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Substituição programada da sonda vesical, sem intercorrências. <p>24-11-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urina com sedimento. Sem outros sinais de infecção. Mantida vigilância.

CONCLUSÃO

Os planos de cuidados aqui apresentados pretendem traduzir a realidade de dois utentes acompanhados no contexto comunitário da prática de cuidados, inseridos no seu ambiente familiar e social.

Com eles pude aplicar as várias etapas do processo de cuidados em Enfermagem de Reabilitação, avaliando capacidades funcionais e diagnosticando alterações, formulando diagnósticos específicos, definindo objetivos e planeando intervenções para a otimização e reeducação de funções, de acordo com os níveis de prevenção do Modelo de Sistemas de Neuman. Com eles pude também avaliar os resultados das intervenções individualizadas e adequá-las às necessidades dos utentes e famílias.

Em termos mais amplos, com este trabalho pude dar resposta aos objetivos por mim definidos para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente os seguintes:

- Desenvolver competências de intervenção para a reabilitação da pessoa em diferentes contextos da prática de cuidados;
- Identificar alterações funcionais específicas na pessoa alvo dos cuidados, nomeadamente a nível respiratório e sensório-motor;
- Desenvolver cuidados que promovam a reeducação e otimização das funções alteradas, na pessoa alvo dos cuidados de reabilitação;
- Desenvolver planos de intervenção que capacitem a pessoa com limitações funcionais e/ou os seus cuidadores para estratégias de adaptação que promovam a autonomia, a inclusão e a participação social;
- Desenvolver planos de treino motor e cardiorrespiratório, de forma a maximizar as funções e tendo em conta os objetivos e resultados esperados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (tradução do original ICNP Version 2 – International Classification for Nursing Practice, 2010, Genebra: International Council of Nurses).
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman. Modelo de sistemas. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (A.R. Albuquerque, Trad.) (5ª ed.) (pp.3-14). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Nursing theorists and their work, 5th ed., 2002, Mosby Inc.).
- Menoita, E. (Coord.) (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Menoita, E.C.P.C. & Cordeiro, M.C.O. (2012). Reeducação Funcional Respiratória. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coords.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 61-115). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10-03-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1986). *Modelos para o exercício de Enfermagem* (M.J. Simeão, Trad.) (1ªed.). Lisboa: ACEPS. (tradução do original inglês, 1st ed., 1986, William Heinemann Medical Books)

ANEXOS

ANEXO 1
ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____
Serviço: _____		Cama: _____	Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitadas: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitadas: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitadas: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitações: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitadas: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitadas: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitações: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão. © Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989; Versão Portuguesa 2001. Carlos Magalhães, Crisiana Nogueira, Pedro Feneira, João Correia, Kátia Furtado Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GÁIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)				Pontuação total <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>

ESCALA DE BRADEN¹²

Legenda:

Score » 17 - baixo risco de desenvolvimento de úlcera de pressão no adulto.

Score «16 - alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão no adulto.

¹² Fonte: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172011-de-19052011.aspx>

Apêndice IV

Planos de cuidados efetuados no contexto hospitalar de prática clínica

PLANOS DE CUIDADOS

Discente:

Liliana Dias N.º5494

Docente:

Prof. Dr. Miguel Serra

Tutor local estágio:

EEER

Lisboa

Janeiro 2015

ÍNDICE

INTRODUÇÃO, 2

3. PLANO DE CUIDADOS DO SR. Y.

1.7. Dados biográficos e história de vida, 3

1.8. História da doença pregressa e atual, 3

1.9. Avaliação Objetiva e Subjetiva, 4

1.10. Avaliação da pessoa e família segundo o modelo dos Sistemas de Betty Neuman, 5

1.11. Planificação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, 7

4. PLANO DE CUIDADOS DO SR. Z.

2.7. Dados biográficos e história de vida, 17

2.8. História da doença pregressa e atual, 17

2.9. Avaliação Objetiva e Subjetiva, 18

2.10. Avaliação da pessoa e família segundo o modelo dos Sistemas de Betty Neuman, 19

2.11. Planificação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, 21

CONCLUSÃO, 27

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, 28

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, pretende-se a integração em contextos clínicos e a realização de planos de cuidados referentes a pessoas e famílias com necessidades de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (ER), no sentido do desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Os planos de cuidados pretendem ser instrumentos de trabalho para a organização e sistematização da informação recolhida, o diagnóstico de problemas, o planeamento de intervenções e a sua avaliação continuada, individualizados e adequados à pessoa e família alvo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

De acordo com o modelo teórico de Betty Neuman, por mim escolhido para referencial teórico dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, a ação do enfermeiro visa prevenir a desadaptação, restaurar ou manter a adaptação, pela redução dos agentes de *stress* e pelo fortalecimento das linhas de defesa pessoais (Freese, 2004). Desta forma, pretende-se o levantamento dos fatores intrapessoais, extrapessoais e interpessoais que afetam o indivíduo e as suas relações pessoais; a identificação dos agentes de *stress* sentidos pela pessoa, pela sua família e pelo enfermeiro; a definição dos problemas de acordo com as perceções de ambos; e a construção de um plano de resolução comum (Pearson & Vaughan, 1986).

Estes planos de cuidados referem-se a duas pessoas a quem foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação, em contexto hospitalar, intervindo na reabilitação da pessoa em situação de doença aguda, no sentido da reeducação funcional, promoção da autonomia e reintegração social.

A informação foi recolhida e validada através dos processos da equipa multidisciplinar, dos dados fornecidos pela pessoa e pela minha observação.

3. PLANO DE CUIDADOS DO SR. Y.

3.1. Dados biográficos e história de vida

O Sr. Y. tem 64 anos de idade e é caucasiano.

É casado pela segunda vez, tem quatro filhos já adultos e vários netos. Reside com a esposa e a filha mais nova, num apartamento na cidade de [REDACTED]. É médico-dentista de profissão e o responsável por um estabelecimento próprio nessa área profissional.

O Sr. Y. define-se como uma pessoa ativa, gosta de nadar para se manter em forma física e gosta de viajar, fazendo-o várias vezes por motivos profissionais e em lazer.

A esposa e esta filha são os elementos familiares mais presentes neste momento, auxiliando-o no processo de aceitação da doença e do internamento hospitalar, e na gestão dos aspetos referentes à sua vida pessoal e profissional.

3.2. História da doença pregressa e atual

O Sr. Y. tem como antecedentes pessoais, hipertensão arterial, asma, hipertrofia benigna da próstata, litíase renal obstrutiva, nefrectomia direita em Outubro de 2014 e infeção do trato urinário com necessidade de internamento no início do ano. Apresenta ainda uma hérnia diafragmática de *Bochdalek*, de etiologia congénita. É um Sr. independente na realização das suas atividades de vida.

Com história de pancreatite aguda desde Novembro de 2014, foi admitido no [REDACTED] e internado no dia 09 de Janeiro de 2015 com o mesmo diagnóstico. Durante o internamento foi submetido a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com tentativa de abordagem da papila pancreática, mas sem sucesso. Apresentava uma ansa intestinal e a cabeça do pâncreas na cavidade torácica, devido à hérnia diafragmática. Por este motivo foi proposta

intervenção cirúrgica, para colecistectomia e provável correção de hérnia diafragmática.

No relatório de tomografia axial computadorizada (TAC) do Sr. Y., são descritas já algumas alterações pulmonares. É transcrito do relatório:

Árvore traqueobrônquica central permeável. Ligeiras bronquiectasias cilíndricas no lobo inferior esquerdo. Volumosa hérnia em topografia do hiato esofágico, com o estômago, corpo e cauda do pâncreas e parte do cólon transversal, no seu interior, em topografia intratorácica. Atelectasia passiva do parênquima na vertente interna dos lobos inferiores. Densificações lineares no lobo médio, língua e lobo inferior esquerdo que relacionamos com atelectasias subsegmentares. Ausência de derrame pleural. (...).

Com o objetivo de efetuar preparação pré-operatória e melhorar a função pulmonar, o médico assistente pediu provas de função respiratória e o apoio dos EEER do [REDACTED] para Reeducação Funcional Respiratória (RFR).

3.3. Avaliação Objetiva e Subjetiva

A primeira avaliação pelos EEER do [REDACTED] é efetuada no mesmo dia do pedido, a 14 de Janeiro. O Sr. Y. encontrava-se consciente, orientado auto psiquicamente, no tempo e espaço. Manifestava conhecimento da sua situação de saúde atual e aparentava estar calmo, focado na sua recuperação e com vontade de colaborar.

Apresentava pele e mucosas coradas e hidratadas, sem cianose central e periférica observável. Com eupneia em repouso e referindo tolerância ao esforço. O tórax era simétrico, sem deformações aparentes, e sem alterações visíveis da curvatura fisiológica da coluna vertebral. Referia episódios esporádicos de tosse, com expectoração mucosa em pequena quantidade, que conseguia expelir. Negava toracalgia ou outro tipo de dor.

A auscultação pulmonar denotava murmúrio vesicular ligeiramente diminuído nos terços inferiores pulmonares.

Sinais Vitais	Valores
Tensão arterial (mmHg)	122/74 mmHg
Pulso (pulsações/minuto - ppm)	62 ppm
Temperatura auricular (°C)	36,0 °C
Frequência respiratória (ciclos/minuto)	14 ciclos/min
Dor (VAS 0-10)	0

Caraterísticas da Respiração
Ventilação espontânea
Simetria torácica
Respiração mista
Ritmo regular
Amplitude normal

O Sr. Y. apresentava pele íntegra. Com abdómen volumoso, mas depressível e à data sem dor na palpação. Sem edemas periféricos visíveis.

Alimentava-se sem dificuldade, e tolerava dieta hipolipídica. É continente vesical e intestinal e negava alterações vesicais ou do trânsito intestinal.

É independente nas suas atividades de vida.

3.4. Apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

Segundo este modelo, a apreciação tenta identificar agentes de *stress* reais e potenciais sentidos pela pessoa e pelo enfermeiro, e os seus efeitos aos níveis intrapessoal, interpessoal e extrapessoal, assim como nas diferentes linhas de defesa. A colheita de dados deve dar relevo à compreensão da situação atual da pessoa, por ela própria e pelo enfermeiro, e através da partilha das perceções de ambos são identificados os verdadeiros problemas (Pearson & Vaughan, 1986).

Desta forma, algumas questões pertinentes podem ser levantadas para a obtenção da informação necessária (Pearson & Vaughan, 1986):

. O que considera ser o seu problema, dificuldade, ou preocupação mais importante?

. Como é que isso tem afetado os seus hábitos ou estilo de vida?

. Anteriormente já teve algum problema semelhante? Se sim, o que foi e como o resolveu? Deu resultado?

. Como prevê o futuro em consequência da presente situação?

. O que está a fazer ou o que pensa fazer para se ajudar a si mesmo?

. O que espera que o enfermeiro, a família e os outros façam por si?

Da minha apreciação de enfermeiro, considereei serem fatores de *stress* para o Sr. Y a mudança de ambiente associada a um internamento hospitalar e a natural ansiedade associada a um ato cirúrgico eminente.

Associados à cirurgia, considereei também o risco da presença de agentes de *stress* potenciais no período pós-operatório, como a dor, a imobilidade, o efeito anestésico e o trauma cirúrgico. Tendo em conta as variáveis fisiológicas do Sr. Y., nomeadamente a presença de uma hérnia diafragmática congénita e de alterações pulmonares detetadas em exames de diagnóstico, considereei ser elevado o risco de desequilíbrio do sistema do Sr. Y., com reação ao *stress* manifestada por complicações respiratórias, como pneumonia, atelectasia, hipoxemia ou derrame pleural.

Desta forma, de acordo com os níveis de prevenção de Neuman, conclui ser necessário desenvolver intervenções a nível da prevenção primária, no sentido de reduzir a possibilidade de enfrentar estes *stressores* e do reforço das linhas de defesa flexíveis do Sr. Y, atuando no sentido da prevenção para a ocorrência de complicações respiratórias associadas ao ato cirúrgico.

Tendo em conta que o Sr. Y. apresentava já alterações pulmonares, como atelectasias, as intervenções ao nível da prevenção secundária foram também prontamente iniciadas, no sentido de recuperar a função respiratória e reeducá-la para o período operatório. De acordo com a evolução no período pós-operatório, outras intervenções no âmbito da prevenção secundária e terciária poderiam ser necessárias, no sentido de recuperar, readaptar e otimizar a função respiratória, e posteriormente manter a estabilidade do sistema do Sr. Y.

O Sr. Y. manifestava alguma ansiedade e preocupação com o ato cirúrgico e as suas consequências, nomeadamente a nível respiratório. A presença da hérnia diafragmática congénita não se tinha constituído como um problema até agora, e estando consciente dos riscos de uma intervenção nesse sentido, nomeadamente parésia do diafragma, manifestava preocupação com a recuperação posterior.

Por estes motivos, o Sr. Y. demonstrava vontade de participar no seu plano de cuidados e de intervir ativamente na sua preparação cirúrgica e posterior recuperação. Esperava que os EEER melhorassem a sua função respiratória e o capacitassem para a preparação pré-operatória e para a recuperação posterior.

3.5. Planificação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O seguinte plano de cuidados baseia-se na nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e é construído de acordo com os níveis de prevenção do Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011; Freese, 2004). Desta forma:

- Os diagnósticos traduzem problemas potenciais ou atuais e são baseados nos agentes de *stress* identificados pela pessoa, pela família e pelo enfermeiro (eixo cliente/foco/juízo);
- Os objetivos traduzem as metas (foco);

- As intervenções traduzem as ações e recursos utilizados e são baseados nos três níveis de prevenção do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman (ação/cliente/foco/recursos).

A prevenção primária direciona-se à prevenção das dificuldades pela redução da possibilidade de enfrentar *stressores* e pelo fortalecimento das linhas de defesa; a prevenção secundária destina-se à restauração do sistema da pessoa pela detecção precoce de alterações e tratamento de sintomas; a prevenção terciária destina-se à readaptação, à reeducação para evitar futuras ocorrências e à manutenção da estabilidade (Freese, 2004).

- A avaliação traduz os resultados, e estes podem justificar novas apreciações e diagnósticos, ou o ajuste de ações e recursos (cliente/foco/juízo) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Ansiedade	Sem ansiedade relacionada com a eminência do procedimento cirúrgico e suas consequências.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os fatores de <i>stress</i> atuais e potenciais relacionados com os procedimentos cirúrgicos, que atingem ou podem atingir o Sr. Y. - dor, imobilidade, trauma cirúrgico, ansiedade, dependência, mudança de ambiente. - Promover a gestão da ansiedade naturalmente associada às intervenções cirúrgicas e seus tratamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma relação de confiança com o Sr. Y. - Favorecer a expressão das suas preocupações, dúvidas e sentimentos. - Demonstrar disponibilidade para escutar e prestar apoio emocional. - Esclarecer as suas dúvidas de acordo com as minhas competências profissionais. - Informar o Sr. Y. de como pode colaborar para promover a otimização do seu estado de saúde e a sua recuperação. - Comunicar à restante equipa e médico assistente se necessário ponderar outras intervenções especializadas para o controlo da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter o acompanhamento. - Monitorizar com o Sr. Y. os seus níveis de ansiedade. - Reforçar o apoio na véspera do procedimento cirúrgico. 	<p>14-01-15 Início do estabelecimento da relação do Sr. Y. - Este foi informado sobre as minhas competências e os objetivos do plano de reabilitação. - O Sr. Y. manifestou ansiedade e preocupação relacionada com a intervenção cirúrgica e as suas consequências.</p> <p>16-01-15 O Sr. Y. aparentou estar calmo e não manifestou ansiedade. - Colaborou plenamente na sessão de RFR.</p> <p>20-01-15 Cirurgia programada para o dia seguinte. - O Sr. Y. manifestou estar mais ansioso. Efetuou-se intervenções para o controlo da ansiedade- esclarecimento de dúvidas, relação empática e apoio emocional. - No fim da sessão manifestou sentir-se mais calmo.</p>

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Défice de conhecimento	Conhecimento efetivo sobre o plano de reabilitação e os cuidados planejados para o período peri operatório.	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar o Sr. Y. para a intervenção cirúrgica, fornecendo informação, ensinando e capacitando-o para colaborar nos procedimentos e no seu plano de reabilitação. - Identificar as lacunas de conhecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre: <ul style="list-style-type: none"> . Efeitos anestésicos esperados; . Medidas de controlo da dor; . Presença de drenagens e cateteres e cuidados a ter; . Técnica de contenção da sutura operatória ao esforço; . Técnicas de mobilização no leito, transferências e levante; . Exercícios de mobilização dos membros inferiores; . Importância da mobilização e levante precoce; . Importância da RFR e suas técnicas específicas. (Heitor et al., 1988; Isaías, Sousa & Dias, 2012). - Demonstrar as técnicas ensinadas. - Treinar e verificar a sua realização correta pelo Sr. Y. - Encorajar a expressão de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Validar com o Sr. Y. os conhecimentos sobre os cuidados necessários para a continuidade do seu plano de reabilitação. - Reforçar os ensinamentos de acordo com as necessidades identificadas. 	<p>14-01-15 Primeiro contato com o Sr. Y.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Este foi informado sobre os objetivos do plano de reabilitação e a importância da sua colaboração. - Em conversa informal foram identificados os défices de conhecimento. Manifestou vontade em participar e intervir ativamente no seu plano de reabilitação. - Efetuado ensino sobre técnicas de RFR e técnica de mobilização no leito, levante e transferência no período pós-operatório. <p>15-01-15 Participou ativamente na sessão de RFR.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstrou corretamente técnicas de mobilização, levante e transferência com contenção da sutura operatória. <p>16-01-15 Participou ativamente na sessão de RFR.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstrou conhecimento sobre os ensinamentos efetuados.

Déficite de conhecimento					<p>- Simulou corretamente a contenção da sutura operatória.</p> <p>20-01-15 Cirurgia programada para o dia seguinte.</p> <p>- Efetua-se a revisão de todos os ensinios efetuados, validando com o Sr. Y. a sua realização correta.</p>
Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Padrão respiratório comprometido	<p>Padrão respiratório melhorado:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Otimização do padrão respiratório no período pré-operatório. . Correção de eventuais defeitos ventilatórios decorrentes da cirurgia abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as características específicas pessoais e fatores de risco. - Prevenir a ocorrência de complicações respiratórias. - Reeducação e otimizar o padrão respiratório atual. - Ensinar e treinar técnicas no pré-operatório: <ul style="list-style-type: none"> . Posicionamentos e relaxamentos; . Mobilizações, transferências e levantes; . Correção postural; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar complicações respiratórias possíveis e instaladas. - Recuperar a função respiratória. - Executar técnicas de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) adequadas à colaboração e características pessoais do Sr. Y., de forma a: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reduzir a tensão psíquica e muscular (posição de descanso e relaxamento, controle e dissociação de tempos respiratórios); 	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar as funções respiratória e motora. - Efetuar ensino para a saúde sobre: detecção de sinais/sintomas de agudização, importância da manutenção da função respiratória, treino muscular e de tolerância ao esforço. 	<p>14-01-15</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico, avaliação dos antecedentes pessoais e fatores de risco; estabelecimento dos objetivos do plano de reabilitação; estabelecimento das limitações pessoais. <p>Primeira Sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensino da posição de descanso e relaxamento e controlo e dissociação dos tempos respiratórios. - Exercícios de reeducação diafragmática, porção posterior (posição de decúbito dorsal).

<p>Padrão respiratório comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Reeducação diafragmática decorrente da correção de hérnia diafragmática (risco de paresia diafragmática por atingimento do nervo frênico). . Melhoria do padrão respiratório no período pós-operatório. . Manutenção do padrão respiratório adequado no período pós-operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> . Exercícios e técnicas respiratórias – controlo da respiração, limpeza das vias aéreas, tosse eficaz com contenção de sutura operatória, exercícios de reeducação abdomino-diafragmática e de reeducação costal globais e seletivos; . Controlo algico. (Heitor et al., 1988; Isaías et al., 2012). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevenir e corrigir defeitos ventilatórios (reeducação diafragmática e reeducação costal global e seletiva); ✓ Assegurar a permeabilidade das vias aéreas (tosse/<i>huffing</i> eficaz com contenção de sutura operatória, drenagem postural modificada e utilização de manobras acessórias, com moderação e intensidade moderada); ✓ Corrigir defeitos posturais (mobilização da cintura escapular, correção postural); ✓ Reeducar no esforço. (Heitor e Sousa, 1997, citados em Isaías et al. 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar para a manutenção dos cuidados e dos exercícios de RFR de forma autónoma após a alta hospitalar. - Capacitar para a reintegração social e profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino da tosse assistida e dirigida com contenção da sutura, e da técnica do <i>huffing</i> como alternativa segura no período pós-operatório, com benefícios em termos do controlo da dor e da pressão intratorácica (Menoita & Cordeiro, 2012b). - Ensino das técnicas de mobilização no leito, levante e transferência no pós-operatório (contenção da sutura, elevação da cabeceira, decúbito lateral). <p>15-01-15</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foram realizados exercícios da sessão anterior e efetuado ensino de exercícios de reeducação abdomino-diafragmática das hemicúpulas direita e esquerda, e de abertura costal global com bastão. - Foi fornecido panfleto para visualização dos posicionamentos e dos exercícios de RFR, para o Sr. Y. realizar mais tarde nesse dia. <p>16-01-15</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Y. pôde ir passar o fim de semana a sua casa. - Foram reforçados ensinamentos sobre os exercícios da sessão anterior, que compreende e executa corretamente. Frequência de 10x cada exercício.
--	---	---	--	--	---

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<p>- Foi efetuada sessão de RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Posição de descanso e relaxamento; . Controle e dissociação dos tempos respiratórios; . Em decúbito dorsal foi efetuada reeducação abdomino-diafragmática, porção posterior, e abertura costal global com bastão; . Em decúbito lateral direito: reeducação da hemicúpula diafragmática direita e reeducação costal seletiva com abdução do membro superior esquerdo; . Em decúbito lateral esquerdo: reeducação da hemicúpula diafragmática esquerda e reeducação costal seletiva com abdução do membro superior direito; . Treino da tosse assistida e dirigida com <i>huffing</i>. <p>19-01-15</p> <p>- O Sr. Y. apresentava tensão arterial de 118/69mmHg, pulso de 69 bpm e saturações periféricas de 98%. Mantinha simetria torácica, respiração mista de amplitude normal; murmúrio vesicular mantido em todos os segmentos pulmonares, na auscultação.</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<ul style="list-style-type: none"> - Regressou de fim de semana e referiu ter cumprido os exercícios. - Efetuada sessão de RFR: <ul style="list-style-type: none"> . Posição de descanso e relaxamento; . Controle e dissociação dos tempos respiratórios; . Em decúbito dorsal foi efetuada reeducação abdomino-diafragmática, porção posterior, e abertura costal global com bastão; . Em decúbito lateral direito: reeducação da hemicúpula diafragmática direita e reeducação costal seletiva com abdução do membro superior esquerdo; . Em decúbito lateral esquerdo: reeducação da hemicúpula diafragmática esquerda e reeducação costal seletiva com abdução do membro superior direito; . Treino da tosse dirigida e assistida com <i>hufing</i>, que realizou ainda com alguma dificuldade na expiração forçada. - Não apresentava secreções. <p>20-01-15 Cirurgia programada para o dia seguinte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Y. manifestou sentir-se mais ansioso.
--	--	--	--	--	---

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<p>- Apresentava tensão arterial de 144/92 mmHg, pulso de 60bpm e saturações periféricas de 96%. Mantinha simetria torácica, respiração mista de amplitude normal; murmúrio vesicular mantido em todos os segmentos pulmonares, na auscultação. Mas com ruídos adventícios (crepitações) audíveis nos lobos médio e inferiores.</p> <p>- Foi efetuada sessão de RFR nas instalações do ■■■.</p> <p>- Frequência de 10x cada exercício.</p> <p>- Sessão de RFR:</p> <p>. Posição de descanso e relaxamento;</p> <p>- Controle e dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>- Em decúbito dorsal: reeducação abdomino-diafragmática, porção posterior e abertura costal global com bastão;</p> <p>. Em decúbito lateral direito: reeducação da hemicúpula diafragmática direita e reeducação costal seletiva com abdução do membro superior esquerdo;</p> <p>.Em decúbito lateral esquerdo: reeducação da hemicúpula diafragmática esquerda e reeducação costal seletiva com abdução do membro superior</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<p>direito; .Em decúbito semi-dorsal direito: reeducação costal seletiva, ântero-lateral esquerda; . Em decúbito semi-dorsal esquerdo: reeducação costal seletiva, ântero-lateral direita; . Treino da tosse assistida com <i>huffing</i>; - O Sr. Y. expeliu secreções mucosas em pequena quantidade.</p> <p>22-01-15 - A cirurgia foi efetuada a 21 de Janeiro, colecistectomia via laparotomia. Não foi efetuada correção de hérnia diafragmática, por durante o procedimento se considerar que o risco associado seria superior ao benefício da intervenção no momento. - O Sr. Y. encontrava-se calmo e sem dor. - Foi efetuado reforço do ensino e das intervenções no âmbito dos três níveis de prevenção. - Manteve programa de RFR durante o internamento hospitalar.</p> <p>- O meu acompanhamento deste doente cessou nesta data.</p>
--	--	--	--	--	--

4. PLANO DE CUIDADOS DO SR. Z.

4.1. Dados biográficos e história de vida

O Sr. Z. tem 59 anos de idade, é caucasiano e apresenta um aspeto cuidado, correspondente com a sua faixa etária. É casado e tem três filhos e vários netos. Reside em [REDACTED] e é médico de profissão, exercendo à data a sua atividade profissional numa instituição [REDACTED].

Antes do diagnóstico de doença e do procedimento cirúrgico, o Sr. Z. era uma pessoa ativa e independente na realização das suas atividades de vida. Durante o internamento, a esposa é presença constante a seu lado, auxiliando-o com pequenos cuidados e ajudando-o na adaptação ao período de doença. Recebe também a visita diária dos filhos e netos, que lhe proporcionam apoio emocional.

4.2. História da doença pregressa e atual

O Sr. Z. tem antecedentes de insuficiência cardíaca congestiva e cardiopatia isquémica, cumprindo terapêutica anti agregante. Tem também um aneurisma da aorta abdominal de 30mm, sofreu um enfarte agudo do miocárdio em Fevereiro de 2014, tem estenose arterial, diabetes *mellitus* tipo II não insulinotratada, dislipidémia, enfisema pulmonar por hábitos tabágicos no passado e litíase renal.

Por diagnóstico de adenocarcinoma do intestino sigmoide, foi submetido no dia 03 de Dezembro de 2014 a sigmoidectomia e apendicectomia.

No período pós-operatório tem referido dor acentuada na mobilização e na tosse, restringindo os movimentos e condicionando a sua função respiratória. É pedido o apoio dos EEER para promover a expansão pulmonar através da redução da tensão psíquica e muscular e da correção dos defeitos ventilatórios associados aos procedimentos cirúrgicos, assim como para assegurar a permeabilidade das vias aéreas.

4.3. Avaliação Objetiva e Subjetiva

A primeira avaliação pelos EEER do [REDACTED] é efetuada no dia 5 de Dezembro, no 2º dia pós-operatório. O Sr. Z. encontrava-se consciente, orientado auto psiquicamente, no tempo e espaço. Apresentava fácies contraído e manifestou as queixas já atrás referidas, de dor e condicionamento da mobilidade. Demonstrou vontade em colaborar nos cuidados, promovendo a sua recuperação.

Apresentava pele e mucosas coradas e ligeiramente desidratadas, sem cianose central e periférica observável. Com eupneia em repouso e referindo cansaço ao esforço. O tórax era simétrico, sem deformações aparentes, e sem alterações visíveis da curvatura fisiológica da coluna vertebral. Referia episódios esporádicos de tosse, com expetoração mucosa em pequena quantidade, que tinha dificuldade em expelir. Evitava os seus acessos pela dor abdominal que sentia associada ao esforço da tosse.

Na auscultação pulmonar identificou-se diminuição do murmúrio vesicular em todos os quadrantes, que se associou à amplitude diminuída na inspiração, assim como foram audíveis ronos nos lobos inferiores pulmonares, ruído compatível com a presença de secreções acumuladas (Cox, 2005, citado em Menoita & Cordeiro, 2012a).

Sinais Vitais	Valores
Tensão arterial (mmHg)	101/62 mmHg
Pulso (pulsações/minuto - ppm)	86 ppm
Temperatura auricular (°C)	36,2 °C
Frequência respiratória (ciclos/minuto)	16 ciclos/min
Dor (VAS 0-10)	3

Caraterísticas da Respiração
Ventilação espontânea
Simetria torácica
Respiração predominantemente torácica
Ritmo regular
Amplitude superficial

O Sr. Z. apresentava sutura operatória mediana, com penso externamente limpo e seco. Abdômen volumoso, medianamente depressível e doloroso na palpação. Sem edemas periféricos visíveis. Encontrava-se a tolerar goles de água, e ainda sem trânsito intestinal funcionando no período pós cirúrgico.

4.4. Apreciação da pessoa e família segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

Da minha apreciação de enfermeiro, considereei serem fatores de *stress* para o Sr. Z. a dor associada ao trauma cirúrgico, que lhe condicionava a expansão torácica e a mobilidade. A presença de dor está relacionada com um padrão respiratório ineficaz, caracterizado por ventilações rápidas e superficiais, assim como condiciona a tosse eficaz necessária à mobilização e drenagem de secreções (Isaías et al., 2012). Desta forma, o risco de ocorrência de complicações respiratórias como a pneumonia, a atelectasia e a hipoxemia é elevado. Também a imobilidade associada à dor pode contribuir para o aumento do risco de trombose venosa ou embolia, pelo que o Sr. Z. deve ser estimulado a mobilizar-se ativamente, realizando mobilizações dos membros e marcha.

Tendo em conta os antecedentes de saúde do Sr. Z., nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação há a considerar limitações relacionadas com a função cardíaca e com a presença do aneurisma da aorta abdominal. O esforço deve ser moderado e doseado, o tempo expiratório prolongado deve ser evitado, assim como a realização de manobras acessórias de percussão e compressão (Heitor et al., 1988; Menoita & Cordeiro, 2012b).

De acordo com os níveis de prevenção de Neuman, considereei serem necessárias desenvolver intervenções educacionais a nível da prevenção primária e secundária, no sentido de capacitar o Sr. Z. para os cuidados necessários, ajudando-o a reforçar as suas linhas de defesa flexíveis, e atuando no sentido da prevenção da instalação de complicações respiratórias associadas ao ato cirúrgico. De forma mais imediata, seriam necessárias as intervenções ao nível da prevenção

secundária, no sentido de recuperar e reeducar a função respiratória no período pós-operatório. Posteriormente, e de acordo com a evolução da função respiratória e do estado geral do Sr. Z., outras intervenções no âmbito da prevenção secundária e terciária seriam necessárias, no sentido de reeducar e otimizar a função respiratória e manter a estabilidade do sistema.

O Sr. Z. manifestou não se sentir bem e ter pensado que a recuperação pós-operatória não seria tão difícil. A dor que sentia quando se mobilizava era um sintoma que o limitava de forma importante a nível da função respiratória, da mobilidade e na colaboração nos cuidados. Gostaria de encontrar estratégias para conseguir participar ativamente na recuperação das suas funcionalidades. Desta forma, o Sr. Z. acedeu em participar ativamente nos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, esperando que os EEER o pudessem capacitar nesse sentido.

4.5. Planificação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Défi ce de conhecimento	Conhecimento efetivo sobre o plano de reabilitação e os cuidados planeados, no período pós-operatório.	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informação, ensinar e capacitar para colaborar nos procedimentos e no seu plano de reabilitação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as lacunas de conhecimento do Sr. Z., pelo défi ce de ensino no período pré-operatório. - De acordo com o seu défi ce de conhecimento, ensinar sobre: <ul style="list-style-type: none"> . Efeitos anestésicos esperados; . Medidas de controlo da dor; . Técnica de contenção da sutura operatória ao esforço; . Técnicas de mobilização no leito, transferências e levante; . Exercícios de mobilização dos membros inferiores; . Importância da mobilização e levante precoce; . Limpeza das vias aéreas e ensino da tosse; . Importância da RFR e suas técnicas específicas (Heitor et al., 1988; Isaías et al., 2012). 	<ul style="list-style-type: none"> - Validar com o Sr. Z. os conhecimentos sobre os cuidados necessários para a continuidade do seu plano de reabilitação. - Reforçar os ensin os de acordo com as necessidades identificadas. 	<p>05-12-14</p> <p>Primeiro contato com o Sr. Z.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Este foi informado sobre os objetivos do plano de reabilitação e a importância da sua colaboração. - Em conversa informal foram identificados défi ces de conhecimento em relação ao controlo algico, contenção da sutura operatória, tosse eficaz, limpeza das vias aéreas, mobilizações e transferências. - Manifestou vontade em participar e intervir ativamente na sua recuperação. - Ensino sobre a importância da mobilização, levante e marcha. - Ensino das técnicas de mobilização no leito, levante e transferência. - Ensino da posição de descanso e relaxamento e controlo e dissociação dos tempos respiratórios. - Efetuado ensino sobre tosse assistida com contenção da sutura operatória, com <i>huffing</i>.

Défice de conhecimento			<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar as técnicas ensinadas. - Treinar e verificar a sua realização correta pelo Sr. Z.. - Encorajar a expressão de dúvidas. 		09-12-14 <ul style="list-style-type: none"> - Efetuado reforço do ensino das técnicas anteriores e ensino sobre a utilização do espirómetro de incentivo. - Visto estar programada a alta para o dia seguinte, foi lembrado dos exercícios que poderia efetuar em casa e sublinhada a importância de manter a reeducação respiratória e os exercícios de mobilização para o treino muscular e a reeducação no esforço.
Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Dor	Dor controlada no período pós-operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar que a dor se constitua como um fator de <i>stress</i> para a pessoa, limitativa da expansão torácica e da mobilidade adequadas, (Isaías et al., 2012). - Monitorizar o efeito da medicação analgésica e a necessidade de ajuste terapêutico. - Ensinar sobre técnicas de controlo algico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a intensidade da dor associada ao trauma cirúrgico com o uso de controlo analgésico adequado e medidas não farmacológicas de posicionamento e relaxamento. - Efetuar as técnicas de controlo algico com contenção da sutura operatória durante as mobilizações no leito, transferência, levantar, durante o esforço e durante a tosse e manobras de limpeza das vias aéreas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a dor em intensidades reduzidas e não limitativas da atividade, da expansão torácica normal e da mobilização de secreções (Isaías et al., 2012). 	05-12-14 <p>Primeiro contato com o Sr. Z.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refere dor de intensidade elevada na mobilização e tosse. Apresenta amplitude respiratória diminuída e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em todos os quadrantes, mais roncós audíveis nos lobos inferiores pulmonares, compatíveis com acumulação de secreções. - Ensino das técnicas de mobilização no leito, levantar e transferência. - Ensino da posição de descanso e relaxamento e controlo e dissociação dos tempos respiratórios.

Dor					<p>- Ensino de tosse assistida com contenção da sutura operatória, com <i>huffing</i>.</p> <p>09-12-14</p> <p>- O Sr. Z. refere melhoria da intensidade da dor com a aplicação das técnicas ensinadas. Efetuado reforço do ensino, alta hospitalar programada para o dia seguinte.</p>
Diagnósticos	Objetivos	Intervenções (por níveis de prevenção)			Avaliação
		Prevenção Primária (prevenir)	Prevenção Secundária (restaurar)	Prevenção Terciária (manter)	
Padrão respiratório comprometido	<p>Padrão respiratório melhorado:</p> <p>. Redução da tensão psíquica e muscular.</p> <p>. Correção de eventuais defeitos ventilatórios decorrentes da cirurgia abdominal, melhorando a distribuição e ventilação alveolar.</p>	<p>- Avaliar as características específicas pessoais e fatores de risco.</p> <p>- Prevenir a ocorrência de complicações respiratórias no período pós-operatório.</p> <p>- Ensinar e treinar as técnicas necessárias para capacitar o Sr. Z. para a gestão atual do seu período pós-operatório e de forma a reforçar as suas linhas de defesa:</p> <p>. Posicionamentos e relaxamentos;</p>	<p>- Identificar complicações respiratórias instaladas.</p> <p>- Recuperar a função respiratória, reeducando e otimizando o padrão respiratório do Sr. Z.</p> <p>- Executar técnicas de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) adequadas à colaboração e características pessoais do Sr. Z., de forma a:</p> <p>✓ Reduzir a tensão psíquica e muscular (posição de descanso e relaxamento, controle e dissociação de tempos respiratórios);</p>	<p>- Otimizar as funções respiratória e motora.</p> <p>- Ensinar e treinar as técnicas necessárias para capacitar o Sr. Z. para a gestão atual do seu período pós-operatório e de forma a colaborar na restauração e reconstituição do seu sistema.</p>	<p>05-12-14</p> <p>- Consulta do processo clínico, avaliação dos antecedentes pessoais e fatores de risco; estabelecimento dos objetivos do plano de reabilitação; estabelecimento das limitações pessoais.</p> <p>- Primeiro contato com o Sr. Z. e primeira sessão de RFR. Encontrava-se sentado no cadeirão.</p> <p>- Ensino das técnicas de mobilização no leito, levante e transferência.</p> <p>- Ensino da posição de descanso e relaxamento e controlo e dissociação dos tempos respiratórios.</p> <p>- Exercício de reeducação diafragmática, em posição sentado.</p>

<p>Padrão respiratório comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Melhoria e manutenção da permeabilidade das vias aéreas. . Melhoria do padrão respiratório no período pós-operatório. . Manutenção do padrão respiratório adequado no período pós-operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> . Mobilizações, transferências e levantes; . Correção postural; . Controle da respiração, limpeza das vias aéreas, tosse eficaz com contenção de sutura operatória, exercícios de reeducação abdomino-diafragmática e de reeducação costal globais e seletivos; . Controle algico (Heitor et al., 1988; Isaías et al., 2012). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevenir e corrigir defeitos ventilatórios (reeducação diafragmática e reeducação costal global e seletiva); ✓ Assegurar a permeabilidade das vias aéreas (ensino da tosse/<i>huffing</i> eficaz com contenção de sutura operatória); ✓ Corrigir defeitos posturais (correção postural associada à dor); ✓ Reeducar no esforço (mobilização osteoarticular) (Heitor e Sousa, 1997, citados em Isaías et al., 2012). 	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar ensino sobre importância da manutenção da função respiratória, treino muscular e de tolerância ao esforço. - Capacitar para a manutenção dos cuidados e dos exercícios de RFR de forma autônoma após a alta hospitalar. - Capacitar para a reintegração social. 	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Z. referiu dor abdominal e medo de ter dor e não querer continuar. Negociou-se a realização de apenas mais um exercício. - Ensino da tosse assistida e dirigida com contenção da sutura, e da técnica do <i>huffing</i> como alternativa segura no período pós-operatório, com benefícios em termos do controle da dor e da pressão intratorácica (Menoita & Cordeiro, 2012b). - Instruído para realizar este exercício por períodos ao longo do dia. Terminou-se a sessão. <p>09-12-14</p> <ul style="list-style-type: none"> - O Sr. Z. encontrava-se sentado no cadeirão. Referia sentir-se melhorado, e ter cumprido o exercício de tosse com contenção da sutura, com melhoria do controle da dor. - Apresentava tensão arterial de 119/64 mmHg, frequência cardíaca de 89bpm e saturações periféricas de 93%. A sua respiração mantinha-se simétrica, predominantemente torácica, regular e com amplitude ainda diminuída. Na auscultação pulmonar o murmúrio vesicular mantinha-se globalmente diminuído, pelo que se introduz a espirometria de incentivo para favorecer a reexpansão pulmonar e melhorar distribuição e expansão alveolar (Menoita & Cordeiro, 2012b).
--	---	--	--	---	--

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<p>Efetuada sessão de RFR:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Posição de descanso e relaxamento; . Controle e dissociação dos tempos respiratórios; . Em posição sentada foi efetuada reeducação abdomino-diafragmática e abertura costal global com bastão; . Reeducação costal seletiva com abdução dos membros superiores esquerdo e direito; . Treino da tosse dirigida e assistida com <i>huffing</i>, que realizou corretamente, sem expelir secreções. <p>- Introdução do espirômetro de incentivo fluxo-dependente e ensino da técnica correta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posição sentada ou no leito em <i>Fowler</i>; • Posicionar o aparelho na vertical à altura dos olhos; • Fazer 3 a 4 respirações lentas e tranquilas e na última expirar completamente todo o ar dos pulmões; • Colocar firmemente os lábios à volta do bocal, inspirar profundamente e fazer uma pausa inspiratória de cerca de 3 segundos; • Retirar o bocal e expirar; • Repetir o exercício cerca de 3x, se tolerar (Menoita & Cordeiro, 2012b).
--	--	--	--	--	---

<p>Padrão respiratório comprometido</p>					<p>- O Sr. Z. executou com alguma dificuldade nas primeiras duas vezes, mas as seguintes já foram corretamente efetuadas.</p> <p>- Foi instruído para não se preocupar demasiadamente com a subida e manutenção das esferas, mas ir melhorando gradualmente. Foi também instruído para não prolongar a pausa inspiratória, devido à sua função cardíaca.</p> <p>- Visto a sua alta hospitalar estar programada para o dia seguinte, foi lembrado dos exercícios que deveria manter em casa e da importância de manter a reeducação respiratória e os exercícios de mobilização para o treino muscular e a reeducação no esforço.</p> <p>- O meu acompanhamento deste doente cessou nesta data. Teve alta hospitalar a 10 de Dezembro 2014.</p>
--	--	--	--	--	--

CONCLUSÃO

Os planos de cuidados que constituem este trabalho são referentes a duas pessoas a quem prestei cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, com necessidades especiais decorrentes de uma condição de saúde alterada, num contexto hospitalar da prática de cuidados.

Com eles pude aplicar as várias etapas do processo de cuidados em Enfermagem de Reabilitação, avaliando capacidades funcionais e diagnosticando alterações, formulando diagnósticos específicos, definindo objetivos e planejando intervenções para a reeducação e otimização de funções, de acordo com os níveis de prevenção do Modelo de Sistemas de Neuman. Com eles pude também avaliar os resultados das intervenções individualizadas e adequá-las às necessidades das pessoas e famílias.

Em termos mais amplos, este trabalho constitui-se como um instrumento de operacionalização, que contribuiu para dar resposta aos objetivos por mim definidos para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente os seguintes:

- Desenvolver competências de intervenção para a reabilitação da pessoa submetida a cirurgia, com ênfase na cirurgia abdominal;
- Identificar as alterações específicas de âmbito respiratório na pessoa submetida a cirurgia abdominal;
- Desenvolver cuidados que promovam a otimização e/ou reeducação da função respiratória da pessoa submetida a cirurgia abdominal, em todo o período peri-operatório;
- Desenvolver planos de intervenção que capacitem a pessoa submetida a cirurgia para a reintegração no seu ambiente social, maximizando a sua autonomia e qualidade de vida;
- Desenvolver cuidados que promovam a otimização e maximização das funções motora e cardiorrespiratória das pessoas submetidas a cirurgia abdominal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (tradução do original ICNP Version 2 – International Classification for Nursing Practice, 2010, Genebra: International Council of Nurses).
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman. Modelo de sistemas. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)* (A.R. Albuquerque, Trad.) (5ª ed.) (pp.3-14). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Nursing theorists and their work, 5th ed., 2002, Mosby Inc.).
- Heitor, M.C., Canteiro, M.C., Ferreira, J.M.R., Olazabal, M. & Maia, M.O. (1988). *Reeducação funcional respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Isaías, F., Sousa, L. & Dias, L. (2012). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coords.) *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 303-314). Loures: Lusociência.
- Menoita, E.C.P.C. & Cordeiro, M.C.O. (2012a). Semiologia Clínica. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coords.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 21-44). Loures: Lusociência.
- Menoita, E.C.P.C. & Cordeiro, M.C.O. (2012b). Reeducação Funcional Respiratória. In M.C.O. Cordeiro & E.C.P.C. Menoita (Coords.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas* (pp. 61-115). Loures: Lusociência.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1986). *Modelos para o exercício de Enfermagem* (M.J. Simeão, Trad.) (1ªed.). Lisboa: ACEPS. (tradução do original inglês, 1st ed., 1986, William Heinemann Medical Books)